

S.V.A.M.A. VALUTAZIONE SOCIALE

NOME:

DATA DI NASCITA: | | | | | | | | | | | |

SEDE DI VALUTAZIONE:

DATA: | | | | | | | | | | | |

tess.sanit. | | | | | | | | | | | es.ticket | | | | | | | | | | | cod.fisc. | | | | | | | | | | | | | | | |

Residenza: via Tel.....

Comune

Stato civile: 1 coniugato 2 separato/divorziato 3 vedovo 4 celibe/nubile

Sesso: 1 M 2 F

Istruzione:

1 nessun titolo 2 licenza elementare 3 scuole medie inf./avviamento
4 scuola professionale 5 medie superiori 6 laurea

Pensione: 1 nessuna 2 minima / sociale 3 altra pensione

Ultima professione:

Invalidità civile 1 si 2 no Indennità accompagnamento 1 si 2 no 3 in attesa

DOMANDA DI INTERVENTO:

Motivo della domanda (una sola risposta)

- 01 perdita dell'autonomia
02 famiglia non in grado di provvedere
03 solitudine
04 alloggio non idoneo
05 altro

La persona è informata della domanda?

- 01 si 02 no

Iniziativa della domanda (una sola risposta)

- 01 propria
02 familiare o affine
03 soggetto civilmente obbligato
04 assistente sociale pertinente
05 medico
06 tutore
07 altro soggetto

Tipologia della domanda (una sola risposta)

- 01 generica
02 assistenza domiciliare
03 centro diurno
04 ospitalità temporanea riabilitativa
05 altra ospitalità temporanea
06 accoglimento in residenza

Medico curante:

Tel.

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:

Cognome e nome

Via Comune

tel grado di parentela

PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI (nelle ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale) (ART.433 C.C.: coniuge, figli e discendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle)													
Cognome e nome	parentela ¹	età	professione	indirizzo e telefono	lontananza ²	intensità attuale ³	si occupa di ⁴			si occuperà di ⁴			
							ADL	iADL	super-visione	ADL	iADL	super-visione	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													

ALTRE PERSONE ATTIVE (compreso personale privato)													
1													
2													
3													

ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA (segnare i servizi attivi)										h/sett.	Interv/sett				
1	SERVIZIO RESIDENZIALE (quale?)	3	PASTI A DOMICILIO	6	VIGILANZA- ACCOMPAGNAMENTO										
						4	TELESOCCORSO	7	IGIENE DELLA CASA						
										5	TRASPORTO / ACCOMPAGNAMENTO	8	ASSISTENZA ALLA PERSONA		
2	SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (quale?)														

¹ C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini
² C = convivente, V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora
³ indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)
⁴ crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)
⁵ indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui si prevede che la persona possa essere presente nell'assistenza per il futuro

SITUAZIONE ABITATIVA	
TITOLO DI GODIMENTO <i>(una sola risposta)</i> 1 <input type="checkbox"/> proprietà 2 <input type="checkbox"/> usufrutto 3 <input type="checkbox"/> titolo gratuito 4 <input type="checkbox"/> non proprio, non in affitto (presso _____)	in affitto da: 5 a <input type="checkbox"/> privato 5 b <input type="checkbox"/> pubblico E' in atto lo sfratto esecutivo? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO <i>(una sola risposta)</i> <i>rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i> 1 <input type="checkbox"/> servita 2 <input type="checkbox"/> poco servita 3 <input type="checkbox"/> isolata	
BARRIERE ARCHITETTONICHE <i>(una sola risposta)</i> 1 <input type="checkbox"/> assenti 2 <input type="checkbox"/> solo esterne 3 <input type="checkbox"/> interne	
piano: ___ ascensor sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> e	
GIUDIZIO SINTETICO 1 <input type="checkbox"/> abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito) 2 <input type="checkbox"/> abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi) 3 <input type="checkbox"/> abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)	
NOTE: 	

SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE	
REDDITO TOTALE DELL'ANZIANO: <i>(inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche solo riconosciuta)</i>	£.
RISPARMI DELL'ANZIANO:	<input type="checkbox"/> no o inferiori a 5 milioni <input type="checkbox"/> fino a £ 10 milioni <input type="checkbox"/> fino a £ 20 milioni <input type="checkbox"/> fino a £ 100 milioni <input type="checkbox"/> oltre £ 100 milioni <input type="checkbox"/> non noti
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	£.
ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> fino a £ 1 milione <input type="checkbox"/> fino a £ 2 milioni <input type="checkbox"/> fino a £ 3 milioni <input type="checkbox"/> oltre <input type="checkbox"/> copertura completa delle spese
INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> certamente no <input type="checkbox"/> possibile <input type="checkbox"/> certamente sì
NOTE: 	

