



AMBITO TERRITORIALE DI GAGLIANO DEL CAPO

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798329-798355

e-mail: ambitosociale.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

COMUNI DI: GAGLIANO DEL CAPO (Capofila), ALESSANO, CASTRIGNANO DEL CAPO, CORSANO, MIGGIANO, MONTESANO SALENTINO, MORCIANO DI LEUCA, PATU', PRESICCE-ACQUARICA, SALVE, SPECCHIA, TIGGIANO, TRICASE, UGENTO, A.S.L. LE – DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI GAGLIANO DEL CAPO

Allegato 4

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEL BISOGNO SOCIO-ASSISTENZIALE

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE (SAD)

Dati personali dell'anziano/disabile	
Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Indirizzo:
Comune di Residenza:	Telefono:
Familiare di riferimento:	Telefono:
Medico di base:	

Stato civile del beneficiario

Stato civile:	<input type="checkbox"/> coniugato/a
	<input type="checkbox"/> separato/a
	<input type="checkbox"/> vedovo/a
	<input type="checkbox"/> celibe/nubile

Persone conviventi

L'anziano/disabile vive con	<input type="checkbox"/> coniuge/convivente
	<input type="checkbox"/> figli
	<input type="checkbox"/> parente
	<input type="checkbox"/> solo
	<input type="checkbox"/> altro

L'anziano/disabile è:	
<input type="checkbox"/> con lieve compromissione dell'autonomia (rif. all. 4)	<input type="checkbox"/> ben assistito (rif. all. 3)
<input type="checkbox"/> con grave compromissione dell'autonomia (rif. all. 4)	<input type="checkbox"/> parzialmente assistito (rif. all. 3)
<input type="checkbox"/> con totale compromissione dell'autonomia (rif. all. 4)	<input type="checkbox"/> non sufficientemente assistito (rif. all. 3)

L'anziano/disabile ha bisogno delle seguenti prestazioni socio-assistenziali domiciliari:	
<i>Area assistenza alla persona</i>	<input type="checkbox"/> igiene personale
	<input type="checkbox"/> vestizione
	<input type="checkbox"/> preparazione e/o assunzione dei pasti
	<input type="checkbox"/> supporto alla deambulazione
	<input type="checkbox"/> altro specificare
<i>Area della cura dell'ambiente di vita</i>	<input type="checkbox"/> lavanderia (solo in caso l'anziano viva solo)
	<input type="checkbox"/> riordino del letto
	<input type="checkbox"/> cura degli ambienti di vita
	<input type="checkbox"/> altro specificare

COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DEL SERVIZIO SAD

FASCE DI VALORE ISEE ORDINARIO

<input type="checkbox"/> Da € 0,00 a € 2.000,00
<input type="checkbox"/> Da € 2001,00 a € 5.000,00
<input type="checkbox"/> Da € 5.001,00 a € 10.000,00
<input type="checkbox"/> Da € 10.001,00 a € 15.000,00
<input type="checkbox"/> Da € 15.001,00 a € 20.000,00
<input type="checkbox"/> Da € 20.001,00 a € 25.000,00
<input type="checkbox"/> Da € 25.001,00 a € 30.000,00
<input type="checkbox"/> Da € 30.001,00 a € 35.000,00
<input type="checkbox"/> Da € 35001,00 a € 40.000,00

Cadenza ed orari di intervento di assistenza
Intervento previsto: n° _____ ore, per n° _____ giorni a settimana.

Durata dell'intervento
L'intervento è previsto per la durata di n° _____ mesi/e.

Luogo e data, _____

L'Assistente Sociale

**Firma del richiedente
per presa visione ed accettazione**
