

## SCHEDA di PRESENTAZIONE – PRO.VI 2023

A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE DEL COMUNE DI RESIDENZA

<b>NOME</b>	<b>COGNOME</b>
<b>CERTIFICAZIONE</b> (fleggare tutte le certificazioni in possesso)	<input type="radio"/> Legge 104 Art.3 comma 3 <input type="radio"/> Legge 104 Art.3 comma 1 <input type="radio"/> Invalidità civile .....% <input type="radio"/> Indennità di accompagnamento
<b>DIAGNOSI</b>	<b>TIPOLOGIA DISABILITA'</b> <input type="radio"/> Disabilità fisica <input type="radio"/> Disabilità intellettiva <input type="radio"/> Disabilità sensoriale <input type="radio"/> Disabilità fisica e intellettiva <input type="radio"/> Disabilità fisica e sensoriale <input type="radio"/> Disabilità intellettiva e sensoriale <input type="radio"/> Disabilità fisica intellettiva e sensoriale
<b>CONDIZIONE DI TUTELA DELLA PERSONA</b>	<input type="radio"/> Amministratore di sostegno <input type="radio"/> Tutore <input type="radio"/> Curatore
<b>Punteggio ADL</b>	<b>Punteggio IADL</b>

<b>FAMILIARI CONVIVENTI</b>		
La persona vive con la famiglia d'origine?		
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> no		
<b>Rapporto di parentela</b>	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Data di Nascita</b>

È presente un Caregiver familiare? SI NO

Grado di parentela: .....

Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Familiare:

- Igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o Gestione continenza
- Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione)
- Mobilità (Trasferimenti, Passaggi posturali, Deambulazione, Spostamenti, ...)
- Gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio, ...)
- Supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema)

Ore al giorno di assistenza attiva erogate dal Caregiver Familiare: \_\_\_\_\_

<b>Servizi/misure attive al momento della domanda</b>	<b>ENTE GESTORE</b>
<input type="radio"/> SAD	
<input type="radio"/> ADI	
<input type="radio"/> MISURA B1	
<input type="radio"/> MISURA B2	
<input type="radio"/> REDDITO DI AUTONOMIA	
<input type="radio"/> CDD	
<input type="radio"/> CSE	
<input type="radio"/> SFA	
<input type="radio"/> ALTRO CENTRO/SERVIZIO DIURNO	
<input type="radio"/> HOME CARE PREMIUM	
<input type="radio"/> ALTRO precisare	

