INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
DISTRETTO FORMIA-GAETA

ATTIVAZIONE
SERVIZIO
"SAD Distrettuale"

Al SERVIZI SOCIALI
del COMUNE di _____

Il/La sottoscritto/a _____ tel._____

CHIEDE

l'effettuazione delle prestazioni domiciliari previste dal Regolamento "Assistenza Domiciliare Distrettuale"

a favore di _____
nat __ a _____Prov (_____) il _____
residente a _____ Prov (____) Via _____
Codice fiscale _____
tel. _____ Stato Civile _____

DATI DA COMUNICARE OBBLIGATORIAMENTE PER L'ATTIVAZIONE DEL SAD
a) *Familiare di riferimento* (parenti, vicini, ecc.)
Cognome e Nome……
Grado di Parentela ……Tel……
b) "Servizio Sociale Professionale" Responsabile del caso
Cognome e Nome……
Tel……
c) Medico di base Cognome e Nome……
Tel ambulatorio…… Altri recapiti……

☐ AUTOSUFFICIENTE
☐ PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE
☐ NON AUTOSUFFICIENTE

Dichiara altresì di possedere un ISEE pari ad € _____ . In attesa che il Servizio Sociale professionale effettui apposita valutazione del bisogno, m'impegno a fornire ogni informazione utile a definire detta valutazione come previsto dall'art. 4, comma C, del Regolamento Distrettuale SAD.

Costo a carico dell'utente secondo le quote previste
dal Regolamento Distrettuale SAD (Comitato Istituzionale del 6.6.2016)

I.S.E.E.			COSTO ORARIO	
€ 0,00	-	€ 5.000,00	€ 0,50	☐
€ 5.000,01	-	€ 7.000,00	€ 1,00	☐
€ 7.000,01	-	€ 9.000,00	€ 1,50	☐
€ 9.000,01	-	€ 11.000,00	€ 2,00	☐
€ 11.000,01	-	€ 13.000,00	€ 2,50	☐
€ 13.000,01	-	€ 15.000,00	€ 3,00	☐
€ 15.000,01	-	€ 17.000,00	€ 3,50	☐
€ 17.000,01	-	€ 19.000,00	€ 4,00	☐
€ 19.000,01	-	€ 21.000,00	€ 4,50	☐
OLTRE € 21.000,00			€ 5,00	☐
MINORI DIVERSAMENTE ABILI			€ 0,50	☐

SI ALLEGA:

☐ Attestazione ISEE valida dal 1° gennaio di ogni annualità
☐ Certificato Medico attestante la situazione sanitaria generale assenza di malattie infettive
☐ Copia del Verbale di Invalidità Civile (*se in possesso*)
☐ Copia della ricevuta di c/c postale relativa al versamento della quota compartecipazione utente
☐ Altri elementi utili _____

Comune di _____ , lì _____

Firma

_____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali e civili previste dalla vigente normativa per coloro che rendono attestazioni false e incomplete, che le notizie su riportate corrispondono a verità e che la situazione reddituale e patrimoniale del soggetto richiedente è corrispondente a quanto dichiarato.

Ai sensi della D. Lgs. n. 196/2003 sulla riservatezza dei dati personali, di essere stato compiutamente informato sulla finalità e modalità del trattamento dei dati consapevolmente forniti nel presente documento e di autorizzare l'utilizzo e l'archiviazione in banca dati.

Comune di _____ , lì _____

Firma _____

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
DISTRETTO FORMIA-GAETA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIO-ASSISTENZIALE

(Art. 4-5 del Regolamento Distrettuale SAD)

BENEFICIARIO SAD

- ☐ persona anziana (≥ 65 anni di età) che vive:
  - ☐ sola
  - ☐ in coppia
  - ☐ in famiglia
- ☐ persona non autosufficiente anche per difficoltà momentanee;
- ☐ minore e nucleo familiare a rischio sociale;
- ☐ minore che si trova in una momentanea assistenza inadeguata;
- ☐ persona con disabilità fisica o psichica - indipendentemente dall'età - non autosufficiente, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- ☐ straniero e apolide residente o avente stabile dimora nel territorio comprensoriale;
- ☐ cittadino non residente che si trova occasionalmente in detto territorio, limitatamente a prestazioni di carattere urgente.

STATO DEL BISOGNO

- ☐ persona che vive da sola;
- ☐ rischio di istituzionalizzazione;
- ☐ presenza di soggetti fragili e/o disabili in nuclei problematici, che comportano un elevato carico assistenziale;
- ☐ assenza di figli, di altri parenti/affini e/o reti amicali che siano in grado di dare un supporto adeguato;
- ☐ condizioni economiche precarie che non consentono il ricorso ad interventi di natura privata;
- ☐ condizioni di salute precaria.

VISITA DOMICILIARE

Data _____

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE **erogabili dal SAD**

☐ **Tipologia A**

a) <u>attività domestiche ordinarie e per il governo della casa:</u>

- riordino e pulizia della casa, intesa come ambienti di utilizzo quotidiano dell'utente (camera da letto, bagno e cucina);
- rifacimento/cambio del letto con lavaggio della biancheria con utilizzo di macchinari in possesso dell'utente;
- acquisto generi alimentari, controllo delle giuste scorte e delle date di scadenza dei cibi e preparazione dei pasti con eventuale pulizia delle stoviglie.

b) interventi di relazione e la socializzazione:

- stimolare o promuovere i rapporti parentali, amicali e di vicinato;
- supporto per l'inserimento in attività di socializzazione o aggregazione nel territorio (es. parrocchia, volontariato, centro anziani, etc.);
- interventi di sostegno educativo al minore e alle famiglie.

c) aiuto sociale e sostegno alla mobilità:

- accompagnamento dell'utente, con mezzo messo a disposizione dell'ente gestore del SAD , qualora se ne presenti la necessità o in assenza dei familiari, presso presidi sanitari, MMG, farmacia negozi, uffici pubblici (es. per riscossione della pensione, per pagamenti, etc.);
- aiuto nel disbrigo di commissioni o pratiche varie, con mezzo messo a disposizione dell'ente gestore del SAD, (es. presentazione di domande per il riconoscimento dell'invalidità civile o per l'accesso a contributi economici);

☐ **Tipologia B**

a) attività di assistenza diretta alla persona:

- aiuto per l'alzata e/o messa a letto;
- aiuto nella vestizione;
- assistenza per l'igiene e cura personale (bagno, toilette, cura dell'aspetto);
- aiuto nella preparazione e assunzione dei pasti;
- aiuto per una corretta deambulazione e nel movimento di arti invalidi;
- accorgimenti per una corretta posizione degli arti in condizione di riposo;
- mobilizzazione della persona allettata ed utilizzo di ausili e protesi;
- aiuto nell'utilizzo di ausili tecnici e sanitari;

b) interventi igienico-sanitari di semplice attuazione e sotto controllo medico:

- controllo ed assistenza nell'assunzione farmaci prescritti dal medico curante;
- prevenzione delle piaghe da decubito.

TIPOLOGIA PRESTAZIONE EROGATA	DATA ATTIVAZIONE	FREQUENZA ACCESSI	ORA PER ACCESSO	NOME OPERATORE	QUALIFICA OPERATORE

NOTE DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

Comune di _____ , lì _____

Firma del Responsabile del caso _____