



**CONSORZIO PER LA GESTIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI**  
**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.4 POMEZIA-ARDEA**

**SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL BISOGNO**

**INTERVENTO:** \_\_\_\_\_

**N° PROTOCOLLO** \_\_\_\_\_ **DEL** \_\_\_\_\_ **CONTINUITA'**  **SI**  **NO**

**Dati Anagrafici**

**Cognome e Nome:** \_\_\_\_\_

**Data e luogo di nascita:** \_\_\_\_\_

**Residenza:** \_\_\_\_\_ **Via** \_\_\_\_\_

**Domicilio (solo se diverso da residenza):** \_\_\_\_\_ **Via** \_\_\_\_\_

**Telefono:** \_\_\_\_\_

**Contatto e-mail:** \_\_\_\_\_

- Persona legalmente responsabile di sé
- Tutore RG:
- Curatore
- Amministratore di sostegno

**Familiare di riferimento/ Caregiver:** \_\_\_\_\_

**Medico di Medicina Generale (M.M.G.):** \_\_\_\_\_

**Condizione legata alla disabilità**

**Riconoscimento invalidità civile:**

- SI** \_\_\_\_\_ %
- NO**

**Legge 104/92:**

- art. 3 comma 1
- art. 3 comma 3

**Condizione di disabilità per inserimento lavorativo (Legge 68/99):**

- SI**
- NO**

**DIAGNOSI:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Istruzione e Lavoro**



**CONSORZIO PER LA GESTIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI**  
**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.4 POMEZIA-ARDEA**

<b>Titolo di studio:</b> <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Licenza media <input type="checkbox"/> Diploma Scuola Superiore <input type="checkbox"/> Attestato di frequenza	<b>Esperienza formativa/lavorativa attuale:</b> _____ _____ _____
---	--

**Condizione Familiare**

**COMPOSIZIONE DEL NUCLO FAMILIARE**

<b>Cognome e Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Rapporto con il beneficiario</b>

**Altre persone di supporto:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ASSEGNAZIONE PUNTEGGI**

<b>Situazione familiare:</b>	<b>Punteggio:</b>
<input type="checkbox"/> Entrambi i genitori in vita	<b>1</b>
<input type="checkbox"/> Solo un genitore in vita	<b>2</b>
<input type="checkbox"/> Nessun genitore in vita	<b>3</b>
<b>Supporto della rete familiare/amicale</b>	<b>Punteggio:</b>
<input type="checkbox"/> Presente	<b>1</b>
<input type="checkbox"/> Poco presente	<b>2</b>
<input type="checkbox"/> Non presente	<b>3</b>



**CONSORZIO PER LA GESTIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI**  
**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.4 POMEZIA-ARDEA**

<b>Presenza carichi assistenziali nel nucleo familiare</b> <input type="checkbox"/> Minori <input type="checkbox"/> Anziani non autosufficienti <input type="checkbox"/> Persone con disabilità	<b>Punteggio:</b>
<input type="checkbox"/> Bassi carichi di cura: non presenza nel nucleo di persone fragili, oltre il beneficiario	<b>1</b>
<input type="checkbox"/> Medi carichi di cura: presenza nel nucleo di altra persona fragile, oltre il beneficiario	<b>2</b>
<input type="checkbox"/> Alti carichi di cura: presenza nel nucleo di più di una persona fragile, oltre il beneficiario	<b>3</b>
<b>TOTALE:</b>	

**Condizione Abitativa**

<b>SITUAZIONE ABITATIVA</b>	
<b>Titolo di godimento:</b>	<b>Punteggio:</b>
<input type="checkbox"/> Proprietà	<b>1</b>
<input type="checkbox"/> Affitto	<b>2</b>
<input type="checkbox"/> Alloggio ERP/ATER	<b>3</b>
<input type="checkbox"/> Usufrutto/ Comodato d'uso	<b>4</b>
<input type="checkbox"/> Ospite di altri	<b>5</b>
<b>Barriere architettoniche:</b>	<b>Punteggio:</b>
<input type="checkbox"/> Assenti	<b>1</b>
<input type="checkbox"/> Solo esterne	<b>2</b>
<input type="checkbox"/> Solo interne	<b>3</b>
<input type="checkbox"/> Sì, sia interne che esterne	<b>4</b>
<b>Dislocazione sul territorio (1 km di distanza dai servizi socio/sanitari di sostegno):</b>	<b>Punteggio:</b>
<input type="checkbox"/> Servita	<b>1</b>



**CONSORZIO PER LA GESTIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI**  
**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.4 POMEZIA-ARDEA**

<input type="checkbox"/> Poco Servita	<b>2</b>
<input type="checkbox"/> Non Servita	<b>3</b>
<b>TOTALE:</b>	

**Condizione Economica**

<b>SITUAZIONE REDDITUALE</b>	
Pensione di invalidità civile	€
Indennità di accompagnamento	€
Altri redditi	€
Nessuna risorsa	<input type="checkbox"/>
<b>SPESA PER AFFITTO O MUTUO</b>	€
ISEE nucleo familiare                      valore annuo	€
ISEE individuale                                valore annuo	€
Integrazione economica istituzionale, specificare la tipologia: _____	€

**ASSEGNAZIONE PUNTEGGI**

<b>FASCIA ISEE SOCIOSANITARIO NUCLEO FAMILIARE</b>	<b>PUNTEGGIO PER ISEE</b>
< 6.000,00 euro	7
< 13.000,00 euro	6
< 25.000,00 euro	5
< 35.000,00 euro	4
< 45.000,00 euro	3
< 55.000,00 euro	2
> 55.000,00 euro	1
<b>TOTALE:</b>	

**Quadro socioassistenziale attivo**

<b>Descrizione del quadro socioassistenziale attivo</b>	<b>Punteggio</b>
Nessun servizio	<b>7</b>
Presenza di almeno uno dei seguenti servizi:	<b>6</b>



**CONSORZIO PER LA GESTIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI**  
**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.4 POMEZIA-ARDEA**

<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare fino a 5 ore settimanali; <input type="checkbox"/> Contributi economici finalizzati all'assistenza di persone con disabilità di importo pari o inferiore a € 300,00 mensili.	
Presenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare fino a 10 ore settimanali; <input type="checkbox"/> Contributi economici finalizzati all'assistenza di persone con disabilità di importo pari o inferiore a € 400,00 mensili. <input type="checkbox"/> 1 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale.	<b>5</b>
Presenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare fino a 15 ore settimanali; <input type="checkbox"/> Contributi economici finalizzati all'assistenza di persone con disabilità di importo pari o inferiore a € 500,00 mensili; <input type="checkbox"/> 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale.	<b>4</b>
Presenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare fino a 20 ore settimanali; <input type="checkbox"/> Contributi economici finalizzati all'assistenza di persone con disabilità di importo pari o inferiore a € 600,00 mensili; <input type="checkbox"/> 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale.	<b>3</b>
Presenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare fino a 25 ore settimanali; <input type="checkbox"/> Contributi economici finalizzati all'assistenza di persone con disabilità di importo pari o inferiore a € 700,00 mensili; <input type="checkbox"/> 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale.	<b>2</b>
Presenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare maggiore di 25 ore settimanali <input type="checkbox"/> 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; <input type="checkbox"/> Contributi economici finalizzati all'assistenza di persone con disabilità di importo superiore a € 800,00 mensili.	<b>1</b>
<b>TOTALE:</b>	

**Componenti UVM-D**

<b>Ruolo</b>	<b>Nome e Cognome</b>	<b>Firma</b>