



**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 <sup>1</sup>	età	professione	indirizzo e telefono	lontananza <sup>2</sup>	intensità attivazione attuale <sup>3</sup>	si occupa di <sup>4</sup>			intensità attivazione possibile <sup>5</sup>	si occuperà di <sup>4</sup>		
								ADL	iADL	supervisione		ADL	iADL	supervisione
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				
2	SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (quale?)	4	TELESOCORSO	7	IGIENE DELLA CASA				
		5	TRASPORTO / ACCOMPAGNAMENTO	8	ASSISTENZA ALLA PERSONA				

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> C = convivente, V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora

<sup>3</sup> indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)

<sup>4</sup> crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)

<sup>5</sup> 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 fut

### SITUAZIONE ABITATIVA

<b>TITOLO DI GODIMENTO</b> <i>(una sola risposta)</i>	
<input type="checkbox"/> 1 proprietà <input type="checkbox"/> 2 usufrutto <input type="checkbox"/> 3 titolo gratuito <input type="checkbox"/> 4 non proprio, non in affitto (presso _____)	in affitto da: <input type="checkbox"/> 5a privato <input type="checkbox"/> 5b pubblico  E' in atto lo sfratto esecutivo? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO</b> <i>(una sola risposta)</i> <i>rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i>	
<input type="checkbox"/> 1 servita <input type="checkbox"/> 2 poco servita <input type="checkbox"/> 3 isolata	
<b>BARRIERE ARCHITETTONICHE</b> <i>(una sola risposta)</i>	
<input type="checkbox"/> 1 assenti <input type="checkbox"/> 2 solo esterne <input type="checkbox"/> 3 interne	Piano: <input type="checkbox"/> Ascensore Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>GIUDIZIO SINTETICO</b>	
<input type="checkbox"/> 1 <u>abitazione idonea</u> (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito) <input type="checkbox"/> 2 <u>abitazione parzialmente idonea</u> (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle risorse residue o dei servizi) <input type="checkbox"/> 3 <u>abitazione non idonea</u> (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)	
<b>NOTE:</b>	

### SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE

<b>REDDITO TOTALE DELL'ANZIANO:</b> <i>(inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche solo riconosciuta)</i>	€.
<b>RISPARMI DELL'ANZIANO:</b>	<input type="checkbox"/> no o inferiori a €. 2.500,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 5.000,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 10.000,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 50.000,00 <input type="checkbox"/> oltre €. 50.000,00 <input type="checkbox"/> non noti
<b>SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:</b>	€.
<b>ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:</b>	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> fino a €. 500,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 1.000,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 1.500,00 <input type="checkbox"/> oltre <input type="checkbox"/> copertura completa delle spese
<b>INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:</b>	<input type="checkbox"/> certamente no <input type="checkbox"/> possibile <input type="checkbox"/> certamente sì
<b>NOTE:</b>	

