REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO ULSS3 SERENISSIMA

AZIENDA ULSS N. ___ - DISTRETTO S.S. N. _____

COMUNE DI _____

Caregiver Familiari

Interventi a sostegno del ruolo di cura e assistenza

MODULO DI DOMANDA PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA ED ASSISTENZA CAREGIVER FAMILIARI (DM 27 ottobre 2020) DGR n. 295 DEL 16/03/2021

Al Direttore del
Distretto socio-sanitario n. _____
dell'Azienda ULSS n. _____

oppure

Al Sindaco del Comune di
_____

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato/a a_____(__) il |__|__||__|__||__|__|__|__| Codice Fiscale |_|_|_||_|_|_||_|_|_|_|_||_|_|_|_|_|

residente nel Comune di_____(_____)

in via_____n._____ telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|cellulare |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| email _____

in qualità di:

❑ familiare (❑ convivente, ❑ non convivente) (grado di parentela:_____)

PRESENTA DOMANDA DI ACCESSO AGLI INTERVENTI A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATI AI CAREGIVER FAMILIARI

Persona assistita:

(cognome e nome) _____

nato/a a_____(__) il |__|__||__|__||__|__|__|__| Codice Fiscale |_|_|_||_|_|_||_|_|_|_|_||_|_|_|_|_|

residente nel Comune di _____(_____)

in via_____n._____ telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

compilare SOLO se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di_____(_____)

in via_____n._____ telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Medico di Medicina Generale, dr._ _____

per la seguente tipologia di intervento a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai caregiver familiari :

Gli interventi si caratterizzano in base ai criteri definiti dalla DGR n. 1338/2013 e dalle successive DGR n. 164/2014, DGR n. 1047/2015, DGR n. 571/2017, DGR n. 946/2017, DGR n. 670/2020 e DGR n. 1174/2021 nonché, in particolare per gli interventi A.2 e A.3, quelli previsti dalle DGR n. 1859/2006, DGR n. 84/2007, DGR n. 394/2007, DGR n. 457/2007, DGR n. 1133/2008, DGR n. 244/2015, DGR n. 1103/2019, ed infine dalla DGR n. 1304 del 2021

Intervento A.1 - destinato a caregiver che seguono persone in condizione di disabilità gravissima tenendo conto anche dei fenomeni di insorgenza anticipata

- ❑ Caregiver di persona affetta da decadimento cognitivo accompagnato a gravi disturbi comportamentali o di persone con disturbi neurosensoriali che necessitino di supervisione ed assistenza continuativa (**CGmgs**)
- ❑ Caregiver di persona in condizione di dipendenza vitale e/o ventilazione assistita che necessita a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore (**CGa**)
- ❑ Caregiver di persona affetta da sclerosi laterale amiotrofica (**CGsla**)
- ❑ Caregiver di persona con disabilità psichica e intellettiva di età compresa tra 3 e 64 anni cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (**CGp**)
- ❑ Caregiver di persona con disabilità fisica e motoria di età compresa tra 18 e 64 anni cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (**CGf**)

Intervento A.2 - destinato a caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali

- ❑ Caregiver di persona affetta da decadimento cognitivo accompagnato a gravi disturbi comportamentali o di persone con disturbi neurosensoriali che necessitino di supervisione ed assistenza continuativa (**CGmgs**)
- ❑ Caregiver di persona in condizione di dipendenza vitale e/o ventilazione assistita che necessita a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore (**CGa**)
- ❑ Caregiver di persona affetta da sclerosi laterale amiotrofica (**CGsla**)
- ❑ Caregiver di persona con disabilità psichica e intellettiva di età compresa tra 3 e 64 anni cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (**CGp**)
- ❑ Caregiver di persona con disabilità fisica e motoria di età compresa tra 18 e 64 anni cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (**CGf**)

- ❑ Caregiver di persona rivolta a persone affette da decadimento cognitivo accompagnato da gravi disturbi comportamentali con particolare bisogno di supporto ed assistenza (**CGm**)
- ❑ Caregiver di persona non autosufficiente o con disabilità che non rientra nella condizione di disabilità gravissima (**CGb**)

Intervento A.3 destinato ai programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita

- ❑ Caregiver di persona affetta da decadimento cognitivo accompagnato a gravi disturbi comportamentali o di persone con disturbi neurosensoriali che necessitino di supervisione ed assistenza continuativa (**CGmgs**)
- ❑ Caregiver di persona in condizione di dipendenza vitale e/o ventilazione assistita che necessita a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore (**CGa**)
- ❑ Caregiver di persona affetta da sclerosi laterale amiotrofica (**CGsla**)
- ❑ Caregiver di persona con disabilità psichica e intellettiva di età compresa tra 3 e 64 anni cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (**CGp**)
- ❑ Caregiver di persona con disabilità fisica e motoria di età compresa tra 18 e 64 anni cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (**CGf**)
- ❑ Caregiver di persona rivolta a persone affette da decadimento cognitivo accompagnato da gravi disturbi comportamentali con particolare bisogno di supporto ed assistenza (**CGm**)
- ❑ Caregiver di persona non autosufficiente o con disabilità che non rientra nella condizione di disabilità gravissima (**CGb**)

a tal fine,
sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000

dichiara

- di garantire ed assicurare adeguata assistenza a favore della persona assistita presso il domicilio e di accettare le modalità di designazione e di accettazione del ruolo di cura di caregiver familiare ai fini dell'utilizzo delle risorse;

- la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla condizione della persona assistita, fornendo con correttezza le informazioni richieste;

- nel caso di persona affetta da demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali, dichiara la disponibilità propria e dei familiari a collaborare nella valutazione delle condizioni cliniche della persona assistita, con le seguenti modalità:
- disponibilità ad accompagnare presso la sede che sarà indicata dall'Azienda ULSS;
- disponibilità presso il domicilio della persona interessata, per impossibilità della stessa ad essere trasportata;

- che il proprio è un nucleo familiare: ❑ monoparentale *oppure* ❑ composto da più persone;

- che gli anni di effettiva convivenza ed assistenza con la persona assistita ammontano a _____;

- che a riprova della conciliabilità dell'attività lavorativa con le ore di assistenza al familiare le ore lavorative del richiedente ammontano a _____ al giorno;

- di essere a conoscenza che la mancata presentazione della attestazione ai fini ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;

- di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali comporta l'esclusione dal beneficio;

- di essere a conoscenza che saranno attivate, con cadenza almeno trimestrale, forme di controllo in merito alla qualità assistenziale conseguita con l'erogazione dell'intervento a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinati ai caregiver familiari attraverso visite domiciliari dell'assistente sociale o di operatori distrettuali, nell'ambito degli accessi di ADI, qualora la persona non autosufficiente sia presa in carico, ovvero effettuati dall'assistente sociale, su disposizione del Comune o dall'ente delegato negli altri casi. L'operatore domiciliare o l'assistente sociale sono incaricati di osservare la situazione familiare, di formulare domande e di accedere ai luoghi dove vengono accudite le persone (es. camera da letto, bagno), tenuti i farmaci e dove vengono conservati i cibi e gli alimenti (frigo, dispensa). La valutazione dell'adeguatezza è soggettiva e deve essere utilizzata solo per eventuale innesco di rivalutazione dei bisogni e del piano assistenziale della persona (es. UVMD) da concordarsi con il case manager (assistente sociale, medico di medicina generale, responsabile cure primarie del distretto);

- che per il controllo verrà utilizzata la check-list di valutazione della qualità dell'assistenza erogata a soggetti beneficiari interventi a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinati ai caregiver familiari, i cui contenuti sono portati a conoscenza del richiedente, unitamente all'informazione che le check-list, una volta compilate, verranno inserite nel fascicolo personale dell'utente, presso il Comune (o l'Ente delegato) o il Distretto socio sanitario dell'ULSS di residenza o domicilio;

si impegna

a collaborare con il Servizio Sociale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

a) l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;
b) il periodo di ricovero temporaneo in struttura residenziale;
c) il decesso;
d) le variazioni rilevanti e stabili del livello di autonomia e del livello delle prestazioni offerte alla persona nonautosufficiente (queste variazioni saranno verificate dal Servizio Sociale);
e) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
f) il cambiamento della persona di riferimento;
g) le variazioni del soggetto delegato alla riscossione del beneficio.

chiede

sollevando l'Ente da ogni responsabilità, che la liquidazione dell'intervento a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinati ai caregiver familiari venga effettuata mediante accredito sul conto corrente bancario o postale intestato a se medesimo, ed identificato dal seguente codice IBAN:

|__|__| |__|__| |__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nazione controllo CIN ABI CAB numero di CC

_____ _____

Luogo e data Il dichiarante
(firma leggibile)

❑ Allegata copia del documento di identità.
❑ Annotazione estremi del documento di identità:

Tipo: ❑ Carta di identità, ❑ Patente di guida, ❑ Altro (_____)

rilasciato da _____ il _____ Numero _____

INFORMATIVA PRIVACY

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da lei forniti saranno gestiti nel rispetto del GDPR 2016/679 da tutti gli enti coinvolti.

1) Quali dati trattiamo?

I dati indispensabili all'identificazione del richiedente l'accesso agli interventi a sostegno del ruolo di cura ed assistenza caregiver familiari, della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE) nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

2) Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo?

I dati vengono raccolti dagli uffici preposti del Comune (o dell'Ente da questi delegato) o dell'Azienda ULSS tramite il modulo di richiesta compilato dal richiedente, eventualmente anche presso gli sportelli preposti, al fine di aiutare il richiedente stesso nella corretta compilazione della autocertificazione. I dati di tipo sanitario o sociale vengono raccolti e compilati dall'assistente sociale e dal medico di medicina generale o dalle UVMD distrettuali, avvalendosi della SVaMA, della SVaMDi e di altri strumenti di valutazione della non autosufficienza. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche tramite la procedura informatica regionale, approvata con DGR n.1338/2013, che collega gli Enti sopra elencati, per la valutazione dell'idoneità, l'inserimento nellegraduatorie e nei registri degli interventi a sostegno del ruolo di cura ed assistenza caregiver familiari. I dati sono trattati per le finalità, esplicite e legittime, che indichiamo qui di seguito:

a) Finalità funzionali all'adempimento di obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti e/o da altri atti ad essi equiparati.
b) Finalità funzionali alla gestione degli interventi a sostegno del ruolo di cura ed assistenza caregiver familiari e degli adempimenti che da esso dipendono.
c) Finalità connesse al controllo dei dati dichiarati, in base ai quali viene valutata l'idoneità e la misura del beneficio, come previsto dalla specifica normativa.
d) Finalità informative (per quanto riguarda l'indirizzo email) in merito ad aggiornamenti alle programmazione regionale per la non autosufficienza.

3) E' obbligatorio conferire i dati. Cosa accade se non vengono conferiti?

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

4) A chi possono essere comunicati i dati, qual è l'ambito di diffusione?

Nell'ambito delle attività di controllo e amministrativo-contabili si rende necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati (es.: ragioneria, banche, Agenzia delle Entrate e in genere a tutti gli enti delegati al controllo). Ovviamente rispondiamo alle eventuali intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziaria, nei procedimenti legali, e adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e Organidi vigilanza e controllo.

5) Quali sono i suoi diritti, come farli valere?

Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti presso l'Ente a cui è stata presentata domanda o che ha preso in carico tale domanda a seguito di trasferimento in altro luogo nella Regione del Veneto.

In relazione al trattamento di dati personali Lei ha diritto:

- di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati.
- di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, in qualsiasi forma (fax, e-mail, lettera) al responsabile del trattamento dell'Ente che al momento ha in carico la domanda.

Nell'esercizio di tali diritti può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche o ad associazioni.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella domanda per l'ICG nonché dei dati socio sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di 30 giorni.

In fede,

_____ _____

(luogo e data) Il dichiarante
(firma leggibile)

CHECK-LIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA
A SOGGETTI BENEFICIARI INTERVENTI A SOSTEGNO DEL
RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATI AI CAREGIVER FAMILIARI

Attività	Controllo effettuato	Adeguatezza	Note o commenti
01.Pulizia e igiene della persona	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
02.Situazione vestiario e calzature	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
03.Presidi per la mobilità della persona / ausili	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
04.Convivenza con altre persone	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
05.Situazione nutrizionale della persona	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
06.Presenti in casa farmaci prescritti o da banco	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
07.Farmaci in ordine con evidenza di somministrazione regolare	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
08.Sorveglianza sull'incolumità della persona	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
09.Evidenza di preparazione pasti caldi	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
10.Disponibilità cibo in casa	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
11.Convivenza con animali domestici	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
12.Sicurezza ambientale (rischio cadute, infortuni)	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
13.Pulizia della casa	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
14.Riordino della casa	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
15.Riscaldamento (inverno)	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
16.Condizionamento (estate)	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
17.Compagnia, supporto anche da persone non conviventi	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
18.Sicurezza ambientale (altri rischi)	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
19.Utenze (gas, energia el., acqua, telefono)	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
20.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
21.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	

_____ _____
(luogo e data) Il dichiarante
(firma leggibile)

❑ Allegata copia del documento di identità.
❑ Annotazione estremi del documento di identità:

Tipo: ❑ Carta di identità, ❑ Patente di guida, ❑ Altro (_____)

rilasciato da _____ il _____ Numero _____

REGIONE DEL VENETO

Logo Azienda ULSS

CGb

INTERVENTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATO AI CAREGIVER FAMILIARI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE - SCHEDA DI RACCOLTA DATI[1]

(cognome e nome) _____

nato/a a_____(__) il |__|__||__|__||__|__|__|__| Codice Fiscale |__|__||__|__||__|__|__|__||__|__|__|__|

residente nel Comune di_____(_____)

in via_____n._____ telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di_____(_____)

in via_____n._____ telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Medico di Medicina Generale, dr._____

L'utente è preso in carico in ADI: ❑ si, ❑ no

Punteggio totale SVaMA modificata / semplificata	|__|__|	A
Valore ISEE €	|__|__|.|__|__|__|,00	B
Punteggio ISEE **C = [ISEE$_{max}$[2] / ISEE[3]]**		C
Punteggio per l'inserimento in graduatoria (D=A+C)		D

Data di compilazione |__|__||__|__||__|__|__|__|

Il funzionario

_____

(timbro e firma leggibile)

Allegati: Dichiarazione ISEE e SVaMA semplificata (DGR n. 1338/2013)

[1] A cura del Comune o dell'Ente delegato, in collaborazione con il MMG per il calcolo del punteggio SVaMA.
[2] Inserire valore definito dalla programmazione regionale per tetto ISEE
[3] Se ISEE < 500,00€, dividere per 500,00

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO ULSS3 SERENISSIMA

AZIENDA ULSS N. ___ - COMUNE DI _____

Scheda SVaMA semplificata

MODELLO APPROVATO CON DGR n. 1338/2013

(cognome e nome) _____

nato/a a_____(__) il |__|__||__|__||__|__|__|__| Codice Fiscale |_|_|_||_|_|_||_|_|_|_|_||_|_|_|_|_|

residente nel Comune di_____(_____)

in via_____n._____ telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
(da compilare a cura del medico curante)

	Descrizione della patologia	Codice ICPC[1]
Prima patologia		|__|__|__|
Eventuale patologia concomitante		|__|__|__|
Eventuale 2ª patologia concomitante		|__|__|__|

OBIETTIVI, NOTE _____

_____

ELEMENTI DI VALUTAZIONE **TOTALE PUNTEGGIO** |__|__|[2]

	Valutazione e punteggio		
Situazione Cognitiva	❑ **1** Lucido	❑ **2** Confuso	❑ **3** Molto confuso, stuporoso
Problemi comportamentali	❑ **1** Assenti/Lievi	❑ **2** Moderati	❑ **3** Gravi
Situazione Funzionale	❑ **1** Autonomo o quasi	❑ **2** Dipendente	❑ **3** Totalmente dipendente
Barthel Mobilità	❑ **1** Si sposta da solo	❑ **2** Si sposta assistito	❑ **3** Non si sposta
Supporto rete sociale[3]	❑ **1** Non assistito	❑ **2** Parzialmente assistito	❑ **3** Ben assistito
Necessità assistenza sanitaria	❑ **1** Bassa	❑ **2** Intermedia	❑ **3** Elevata

Il MMG

_____
(timbro e firma)

Data,|__|__||__|__||__|__|__|__|

L'assistente sociale

_____
(timbro e firma)

Data,|__|__||__|__||__|__|__|__|

[1] La tabella codici ICPC è riportata nella scheda SVaMA approvata con l'Allegato B della DGR n. 2961/2012
[2] Sommare i punteggi di tutte le aree
[3] La scala di valutazione è invertita rispetto alla SVaMA

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO ULSS3 SERENISSIMA

CGm e CGmgs

INTERVENTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATO AI CAREGIVER FAMILIARI A MEDIO BISOGNO ASSISTENZIALE (CGm) OPPURE A MEDIO BISOGNO ASSISTENZIALE PER UTENTI CON DISABILITÀ GRAVISSIMA (CGmgs) - SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a_____(__) il |__|__||__|__||__|__|__|__| Codice

Fiscale |_|_|_||_|_|_||_|_|_|_|_||_|_|_|_|_|

residente nel Comune di_____(_____)

in via_____n._____telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

indicare SOLO se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di_____(____)in

via_____n._____- telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Medico di Medicina Generale, dr._____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

1) Presenza di gravi disturbi comportamentali rilevata dal MMG: punteggio PCOMP da SVaMA = |__|[1]
2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: ❑ si, ❑ no (se no, va attivata la presa in carico ADI, come requisito per accedere all'CGmgs)
3) Valore ISEE familiare: |__|__|.|__|__|__|,00 €

_____ il Funzionario

(luogo e data) _____ *(timbro e firma leggibile)*

1. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale SVaMA modificata		
Punteggio ISEE	[ISEEmax[2]/ ISEE[3]]x5	
Punteggio NPI "frequenza per gravità" [4]		
Punteggio NPI "*stress caregivers*" [5]		
Punteggio per l'inserimento in graduatoria	**TOT.**	

[1] Valori ammessi: 2 o 3.
[2] Definito dalla programmazione regionale.
[3] Se ISEE <1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00
[4] Non deve essere inferiore a 25/144 e deve essere riportato un punteggio di almeno 9 in almeno 2 dei seguenti 7 disturbi principali: deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante, disturbi del sonno.
[5] Non deve essere inferiore a 20/60 punti.

E' stato fatto riferimento a CDC Centro di Decadimento cognitivo (DGR 3542/2007): ❑ si, ❑ no

Indicare chi ha in carico la gestione farmacologica e non farmacologica della malattia di base e dei disturbi:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data di compilazione |__|__||__|__||__|__|__|__|

Il responsabile dell'UVMD

_____

(timbro e firma leggibile)

Allegati:
Dichiarazione ISEE,
quadro sinottico SVaMA modificato (DGR n. 1338/2013)
verbale test NPI

QUADRO SINOTTICO SVaMA	CRITERI E PRIORITA' PER	CGm, CGmgs e CGa
COGNOME E NOME:		DATA di NASCITA: |__|__||__|__||__|__|__|__|
SEDE DI VALUTAZIONE:		DATA: |__|__||__|__||__|__|__|__|

SITUAZIONE COGNITIVA	VCOG	(max 10)	x 1.5 =	
MOBILITÀ	VMOB	(max 40)	x 0.2 =	
SITUAZIONE FUNZIONALE	VADL	(max 60)	x 0.2 =	
NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA	VSAN	(max 80)	x 0,2 =	(max 10)
Presenza disturbi comportamentali (se PCOMP = 2 o 3)	15		x 1.0 =	
TOTALE SANITARIO				(max 45)

SITUAZIONE ECONOMICA rispetto al progetto assistenziale proposto			
Totalmente indipendente	0		
Dipendente da parenti o da altre persone	2	x 1,0 =	
Dipendente dall'Ente pubblico	6		
SITUAZIONE SOCIALE	VSOC (max 240)	x 0.1 =	
TOTALE SOCIALE			(max 30)

Esistono alternative alla istituzionalizzazione	25	
Le alternative alla istituzionalizzazione rispondono parzialmente ai bisogni	20	
Non vi sono alternative alla istituzionalizzazione	10	
Assoluta urgenza sociale (in attesa di istituzionalizzazione)	0	
ALTERNATIVE ALLA ISTITUZIONALIZZAZIONE		(max 25)

TOTALE GENERALE	

Data di compilazione |__|_____||__|__||__|__|__|__|Il responsabile dell'UVMD

_____

(timbro e firma leggibile)

REGIONE DEL VENETO

CGa

REGIONE DEL VENETO ULSS3 SERENISSIMA

INTERVENTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATO AI CAREGIVER FAMILIARI CON ALTO BISOGNO ASSISTENZIALE - SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a_____(_____) il |__|__|__|__|__|__|__|__|Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente nel Comune di _____ (_____)

in via_____n._____ telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

indicare SOLO se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di_____(_____)

in via_____n._____ telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Medico di Medicina Generale, dr._____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

1) Persona in condizione di dipendenza vitale con necessità di assistenza h24 [1]: ❑
2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: ❑ si, ❑ no (se no, va attivata la presa in carico ADI, come requisito per accedere all'CGa)
3) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali: ❑
4) Valore ISEE familiare: |__|__|.|__|__|__|,00 € [2]

Data di compilazione |__|__||__|__||__|__|__|__|

Il funzionario

_____

(timbro e firma leggibile)

1. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale SVaMA modificata per l'inserimento in graduatoria		A

Data di compilazione |__|__||__|__||__|__|__|__|

Il responsabile dell'UVMD

_____

(timbro e firma leggibile)

Allegati:
Certificazione ISEE,
Scheda SVaMA con quadro sinottico SVaMA modificato (DGR n. 1338/2013)

[1] Da confermare in UVMD con SVaMA
[2] Deve essere inferiore a € 60.000,00

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO ULSS3 SERENISSIMA

CGp

INTERVENTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATO AI CAREGIVER DI FAMILIARI CON DISABILITA' PSICHICA E INTELLETTIVA - SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a_____(_____) il |__|__|__|__|__|__|__|__|Codice

Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente nel Comune di _____ (_____)

in via_____n._____telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

indicare SOLO se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di_____(_____)

in via_____n._____telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Medico di Medicina Generale, dr._____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

1) Età compresa tra 3 e 64 anni: ❑
2) Grave disabilità psico-fisica (art. 3, c. 3, Legge 104/1992) con presenza di indennità di accompagnamento: ❑
3) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali: ❑
4) Valore ISEEi individuale: |__|__|.|__|__|__|,00 €

Data di compilazione |__|__|__|__|__|__|__|__|

Il funzionario

_____

(timbro e firma leggibile)

RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale valutazione disabilità[1]		
Punteggio ISEE	[ISEEmax[2] / ISEE[3]]x5	
Punteggio per l'inserimento in graduatoria	**TOT.**	

Data di compilazione |__|__|__|__|__|__|__|__|

Il responsabile dell'UVMD

_____

(timbro e firma leggibile)

Allegati:
Certificazione ISEE,
Scheda valutazione disabilità,
Certificazione ai sensi della Legge 104/1992

[1] Espresso in sessantesimi
[2] Definito dalla programmazione regionale.
[3] Se ISEEi <1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO ULSS3 SERENISSIMA

CGf

INTERVENTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATO AI CAREGIVER DI FAMILIARI CON DISABILITA' FISICO-MOTORIA - SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a_____(_____) il |__|__|__|__|__|__|__|__|Codice

Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente nel Comune di _____ (_____)

in via_____n._____ telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

indicare SOLO se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____(_____)

in via_____n._____ telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Medico di Medicina Generale, dr._____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

1) Età compresa tra 18 e 64 anni: ❑

2) Grave disabilità fisico-motoria (art. 3, c. 3, Legge 104/1992) con presenza di indennità di accompagnamento: ❑

Data di compilazione |__|__|__|__|__|__|__|__|

Il funzionario

_____

(timbro e firma leggibile)

RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale valutazione disabilità[1]	
Valore ISEEi €	|__|__|.|__|__|__|,00
Punteggio ISEE **[30.000,00 / ISEEi [2]]**	
Punteggio per l'inserimento in graduatoria **TOT.**	

Data di compilazione |__|__|__|__|__|__|__|__|

Il responsabile dell'UVMD

_____

(timbro e firma leggibile)

Allegati:
Certificazione ISEE,
Scheda valutazione disabilità,
Certificazione ai sensi della Legge 104/1992

[1] Espresso in sessantesimi
[2] Se ISEEi <1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO ULSS3 SERENISSIMA

CGsla

INTERVENTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATO AI CAREGIVER DI FAMILIARI AFFETTI DA SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) - SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a_____(_____) il |_|__||__|_||__|_|__|__| Codice Fiscale |_|_|_||_|_|_||_|_|_|_|_||_|_|_|_|_|

residente nel Comune di_____(_____)

in via_____n._____

indicare SOLO se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____(_____)in via_____n._____

Medico di Medicina Generale, dr._____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

1) Certificazione Centro malattie rare ❑
2) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali: ❑
3) Valore ISEE familiare: | | |.| | | |,00 [1]

Data di compilazione |__|__||__|__||__|__|__|__|

Il funzionario

_____

(timbro e firma leggibile)

[1] Deve essere inferiore a € 60.000,00

RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio ALSfrs pesato (pALSfrs)	
Punteggio Sociale (psco)	
Totale alternative all'istituzionalizzazione	
Punteggio graduatoria	
Classe gravità	
Coefficiente ISEE	
Importo mensile effettivo contributo	

Data di compilazione |__|__||__|__||__|__|__|__|

Il responsabile dell'UVMD

_____

(timbro e firma leggibile)

Allegati: Certificazione ISEE, Scheda valutazione della persona affetta dal SLA (DGR n. 1986/2013)