

Al Sindaco  
del Comune di Grottaferrata

**Oggetto:** richiesta di assistenza domiciliare

...i... sottoscritt.....

nat... a.....

residente in Grottaferrata, domiciliato in Via/Piazza.....

recapito telefonico.....

di condizione/professione.....

chiede per se e/o n°..... componenti il proprio nucleo familiare di seguito indicati:

.....  
.....  
.....

.....per i seguenti motivi:

.....  
.....  
.....

.....inoltre dichiara direttamente e/o per conto di Sig./ra

.....

Che il soggetto/i per cui è richiesta l'assistenza domiciliare è residente e domiciliato presso il Comune di Grottaferrata.

Allega certificazione reddito.....

.....

Il Richiedente

.....

Grottaferrata.....

## SCHEDA DI PRIMA ACCOGLIENZA

COMUNE DI \_\_\_\_\_

Richiesta di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata del Signor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

1) Appartenenza alle classi: Anziani  Disabile mentale  Minori  Disabile psico-fisico

2) Urgenza del servizio:  immediato  breve termine  medio termine

3) Rivalutazione di intervento  nuova attivazione

Assistenza in atto \_\_\_\_\_

4) Reddito: € \_\_\_\_\_

Invalità civile

Ind. Accompagno

Ind. Freq.

Pensione inval.

% \_\_\_\_\_

si  no

si  no

si  no

5) Composizione del nucleo familiare:

Cognome	Nome	Grado di parentela	Data di nascita	Residente

Indicare la patologia prevalente dell'utente: \_\_\_\_\_

Indicare se ci sono tra i componenti del nucleo familiare altri disabili o patologie gravi:

\_\_\_\_\_

Indicare il numero dei familiari presenti nel territorio comunale:.....

### Grado di autosufficienza psichica e/o fisica

- |                                                                                | SI                       | NO                       |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Autonomia nelle attività della vita quotidiana                              |                          |                          |
| a. fare il bagno (riceve assistenza per lavare non più di una parte del corpo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. vestirsi (escluso allacciarsi le scarpe)                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. uso del gabinetto (vi si può recare con ausili, si lava e riveste da solo)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. mobilità (si alza e si siede sulla sedia, può usare il bastone)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. continenza (controllo completo di feci e urine)                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. alimentazione (escluso il tagliare la carne)                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**2) Autonomia nelle attività strumentali alla vita quotidiana:**

**a) uso del telefono:**

autonomo  solo numeri noti  risponde, non chiama  incapace

**b) acquisti nei negozi**

autonomo  solo piccoli acquisti  deve essere assistito  incapace

**c) uso di mezzi di trasporto**

autonomo  solo taxi, solo mezzi pubblici  mezzi pubblici accompagnato  incapace

**d) capacità di usare medicinali**

autonomo  solo se preparati in singole dosi  incapace

**e) livello di comprensione dell'autonomia**

basso  medio  alto

**5) Rete dei servizi**

- E' seguito dal \_\_\_\_\_

Medico di riferimento: \_\_\_\_\_

- Ha ricevuto T.S.O. si  no

Se si, quando? \_\_\_\_\_

- Svolge attività terapeutico riabilitative si  no

Se si quali \_\_\_\_\_

**6) Frequenta luoghi socio-ricreativi** si  no

Se si quali e con che frequenza \_\_\_\_\_

**7) Usufruisce di assistenza privata** si  no

Se si, specificare tempi e presenza \_\_\_\_\_

**8) richiesta rivolta dall'utente** \_\_\_\_\_

**9) Proposta comunale** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma utente

Assistente Sociale Comunale