



**Finanziato  
dall'Unione europea**  
NextGenerationEU



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI  
**VALLE del  
TEVERE**



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI

**ALL. 3 SCHEDA DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO**  
**SCHEDA DI VALUTAZIONE PER L'ACCESSO AL PROGETTO PNRR INVESTIMENTO 1.2**  
**Percorsi di autonomia per persone con disabilità**

<p><b>DATA DELLA DOMANDA</b> ____/____/____ <b>N° PROTOCOLLO</b> _____ <b>DEL</b> _____</p> <p><b>DATA</b> ____/____/____ <b>PUNTEGGIO</b> _____</p>
<b>DATI ANAGRAFICI BENEFICIARIO</b>
<p>COGNOME _____ NOME _____</p> <p>TESSERA SANITARIA _____ ESENZIONE TICKET _____</p> <p>CODICE FISCALE _____ DISTRETTO ASL _____</p> <p>CITTADINANZA <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Altro _____ STATO CIVILE _____</p> <p>DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____</p> <p>RESIDENZA/COMUNE: _____ PROVINCIA _____</p> <p>INDIRIZZO VIA/PIAZZA _____ n° _____</p> <p>DOMICILIO (se diverso dalla residenza) _____</p> <p>RECAPITO TELEFONICO _____</p> <p>INDIRIZZO MAIL _____</p> <p>COMUNE DI RESIDENZA STORICA _____</p> <p>MEDICO/MMG _____ TEL/MAIL _____</p>
<b>PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE</b>
<p>COGNOME E NOME _____</p> <p>VIA _____ COMUNE _____</p> <p>TELEFONO/MAIL _____</p> <p>GRADO DI PARENTELA _____</p>
<b>EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA</b>
<p>COGNOME E NOME _____</p> <p>VIA _____ COMUNE _____</p> <p>TELEFONO/MAIL _____</p> <p>RUOLO _____</p>



**Finanziato  
dall'Unione europea**  
NextGenerationEU



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI  
**VALLE del  
TEVERE**



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI

## PROFILO PERSONALE

### TITOLO DI STUDIO

- Nessuno  Licenza Elementare  Licenza Media Inf.  Qualifica professionale  Diploma Media Sup.  
 Diploma di Laurea/Laurea di 1° Livello  Laurea magistrale/Laurea specialistica  non dichiarato  
Specifica \_\_\_\_\_

### CONDIZIONE LAVORATIVA

- Occupato/a  Inoccupato/a  Disoccupato

Progetti di Sostegno all'INSERIMENTO LAVORATIVO (Tirocini Formativi – socio/riabilitativi – attività socialmente utili): \_\_\_\_\_

ISCRIZIONE AL CENTRO PER L'IMPIEGO \_\_\_\_\_

COLLOCAMENTO ORDINARIO \_\_\_\_\_ SPECIALE \_\_\_\_\_

## CONDIZIONE ECONOMICA

### Valutazione della copertura economica di prestazioni assistenziali

- Autonomo e in equilibrio finanziario (persona che non ha bisogno di essere supportata nelle spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale)  
 Riceve aiuto da parenti e/o altre persone (anche non conviventi) per le spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale  
 In condizione di bisogno economico e senza aiuti da parenti o altre persone (che necessita di assistenza sociale pubblica per le spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale)  
 Inadeguata  Parzialmente Adeguata  Adeguata

### Situazione Reddittuale

Ulteriore disponibilità mensile per assistenza  Nessuna  fino a 500  Fino a 1000  fino a 2500  fino a 3000  Oltre  
ISEE del Nucleo Familiare € \_\_\_\_\_

Integrazione economica del Comune per Assistenza  NO  SI  Possibile  Contributo  Intervento Diretto

## CONDIZIONE ABITATIVA

### Tipologia Abitativa

- Senza fissa dimora/Alloggio improprio \_\_\_\_\_  
 con proprio domicilio  Alloggio Pubblico Assegnato

### Spazio Fruibile

- Non sufficiente  Parz. Sufficiente  Sufficiente

### Ulteriori elementi rilevati sulla condizione abitativa

\_\_\_\_\_

### Titolo di godimento dell'abitazione

- Proprietà  Fitto  Fitto con sfratto esecutivo

### Dislocazione sul territorio

- Servita  Poco servita  Isolata

### Barriere Fisiche e/o sensoriali

- Assenti  Barriere Esterne  Barriere Interne

## CONDIZIONE FAMILIARE

Componenti del Nucleo familiare \_\_\_\_\_

### Presenza Carichi Assistenziali del nucleo familiare

- figli minori \_\_\_\_\_  
 anziani non autosufficienti \_\_\_\_\_  
 persone con disabilità \_\_\_\_\_

### Problematicità del nucleo familiare

- devianza sociale \_\_\_\_\_
- problemi di salute \_\_\_\_\_
- problemi di disoccupazione/lavoro \_\_\_\_\_
- problemi giudiziari \_\_\_\_\_
- Basso livello di Istruzione/Dispersione scolastica \_\_\_\_\_

### Condizione complessiva della situazione familiare

- Bassi Carichi Assistenziali/Bassa Problematica     Bassi Carichi Assistenziali/Alta Problematica
- Alti Carichi Assistenziali/Bassa Problematica     Alti Carichi Assistenziali/Alta Problematica

### Presenza del "Sostegno" da parte del nucleo familiare e "Promozione" da parte del nucleo familiare della vita relazionale

- Buona**, in quanto presente una rete familiare di primo grado, attiva, competente ed adeguata
- Parzialmente adeguata**, rete familiare deficitaria per motivi di lontananza, per problematiche di rilievo e tali da avere significative ricadute rispetto ai bisogni della persona con disabilità
- Inadeguata**, rete familiare mancante o presenza di rete familiare impossibilitata al sostegno della persona con disabilità, in quanto lontana, con presenza di malattie importanti o disabilità, con possibile incidenza di relazioni caratterizzate da gravi conflitti non di carattere occasionale.

### CONDIZIONE LEGATA ALLA DISABILITÀ/LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA – NECESSITA' ASSISTENZIALE

**TIPO DISABILITA'**  INTELLETTIVA  PSICHICA  MOTORIA  SENSORIALE

COMPLESSA (specificare) \_\_\_\_\_

#### PROBLEMATICHE COMPORIMENTALI

- SI     NO "Vagare senza alcun motivo relazionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza"
- SI     NO "Usare linguaggio offensivo – ha spaventato, minacciato, gridato ad altre persone"
- SI     NO "Essere fisicamente aggressivo – ha colpito, ferito, graffiato, abusato di altre persone"
- SI     NO "Comportamento socialmente inadeguato - mette suoni fastidiosi, rumori, urla, compie atti di autolesionismo, compie atti osceni o si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose degli altri, ha comportamenti ripetitivi, si sveglia presto e disturba"
- SI     NO "Rifiutare il sostegno – rifiuta di prendere le medicine, la gestione dell'igiene personale, la adeguata alimentazione"

Necessita di accompagnatore per deambulare     SI     NO

Necessita di assistenza continua     SI     NO

Necessita di operatore personale     SI     NO

### ASPETTATIVE E COERENZA CON IL MANDATO

#### INIZIATIVA DELLA DOMANDA

- Personale
- Familiare/Amministratore di Sostegno/Tutore \_\_\_\_\_
- Servizio Sociale di Riferimento \_\_\_\_\_
- Servizio Sanitario di Riferimento \_\_\_\_\_

**CAPACITÀ DI AUTO-DETERMINAZIONE**

- Incapace di auto-determinarsi
- Parzialmente capace di auto-determinarsi
- Capace di auto-determinarsi

**COERENZA CON IL MANDATO DELL'INTERVENTO**

- Richiesta ed aspettative NON coerenti
- Richiesta ed aspettative coerenti

**SOSTENIBILITÀ CON LE RISORSE PROPRIE DELL'INTERVENTO**

- intervento richiesto NON sostenibile all'interno della progettualità prevista
- intervento richiesto Sostenibile all'interno della progettualità prevista

**SINTESI FINALI - PUNTEGGI**

DIMENSIONE ANALIZZATA		PUNTEGGIO
1.	S.Va.M.Di – Profilo di Gravità	
2.	S.Va.M.Di – Profilo di Funzionamento	
<b>Punteggio S.Va. M.Di per la definizione del Piano di Assistenza Individuale (Profilo di Gravità + Profilo di Funzionamento)</b>		

**SEGNALAZIONE DI URGENZA E/O RICHIESTA DI DEROGHE**

---

---

---

**PROPOSTA DI PIANO DI INTERVENTO:**

---

---

---

---

<b>COPERTURA ASSISTENZIALE SETTIMANALE</b>																											
(segnare con una X le ore in cui è assicurata assistenza da <b>Familiare, Servizio pubblico, Volontario, personale a Pagamento)</b>																											
ORARIO		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6		
<b>Lunedì</b>	F																										
	S																										
	V																										
	P																										
	<b>Note</b>																										
<b>Martedì</b>	F																										
	S																										
	V																										
	P																										
	<b>Note</b>																										
<b>Mercoledì</b>	F																										
	S																										
	V																										
	P																										
	<b>Note</b>																										
<b>Giovedì</b>	F																										
	S																										
	V																										
	P																										
	<b>Note</b>																										
<b>Venerdì</b>	F																										
	S																										
	V																										
	P																										
	<b>Note</b>																										
<b>Sabato</b>	F																										
	S																										
	V																										
	P																										
	<b>Note</b>																										
<b>Domenica</b>	F																										
	S																										
	V																										
	P																										
	<b>Note</b>																										
<b>Rete formale ed informale di riferimento:</b>  																											



**Finanziato  
dall'Unione europea**  
NextGenerationEU



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI  
**VALLE del  
TEVERE**



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI

Piazza S. Lorenzo, 8 - 00060 Formello (RM) • c/o Comune di Formello  
0690194606-607

[presidente@consorziovalledeltevere.it](mailto:presidente@consorziovalledeltevere.it) • [direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it) • [ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it](mailto:ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it)  
[info@pec.consorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.consorziovalledeltevere.it)