

Ambito Distrettuale n.7 Oglio Ovest – L. 328/00

COMUNI DI CASTELCOVATI, CASTREZZATO, CAZZAGO S/M, CHIARI, COCCAGLIO, COMEZANO-CIZZAGO,
ROCCAFRANCA, ROVATO, RUDIANO, TRENZANO, URAGO D'OGLIO

Comune:

Nome:

Cognome:

Tipologia Assistito (croettare la diagnosi, in caso di altro, specificare):

- 01|Disabilità a seguito di un “evento traumatico” es. incidente stradale, caduta, trauma da parto ecc (Tetraplegia, Emiplegia, Cerebrolesione ...)
- 02|Disabilità non post traumatiche es. ictus o altre malattie cerebrovascolari (Tetraplegia, Emiplegia, ...)
- 03|Malattia del motoneurone
- 04|Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (Spasticismo, Cerebrolesioni, ...)
- 05|Disabilità sensoriale
- 06|Altra malattia neurodegenerativa (Malattia di Huntington, ...)
- 07|Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico)
- 08|Ritardo mentale
- 09|Sindromi congenite su base cromosomica (Down, ...)
- 10|Distrofie muscolari e altre miopatie
- 11|Sclerosi Multipla
- 12|Altro.....

Composizione nucleo familiare (croettare l' opzione corrispondente, in caso di altro, specificare):

- 02|Ambedue i genitori
- 03|Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e
- 04|Padre
- 05|Padre + fratello/i + sorella/e
- 06|Madre
- 07|Madre + fratello/i + sorella/e
- 08|Fratello/i + sorella/i
- 09|Solo (senza familiari)
- 10|Altro.....

Presenza di altro familiare disabile (croettare l' opzione corrispondente):

- 01|Sì
- 02|No

Condizione padre (croettare l' opzione corrispondente, qualora sia presente la figura paterna):

- 01|Nessuna problematica di salute/disabilità
- 02|Disabilità che impedisce il sostegno assistenziale adeguato
- 03|Problemi di salute che impediscono il sostegno assistenziale adeguato

Condizione madre (croettare l' opzione corrispondente, qualora sia presente la figura materna):

- 01|Nessuna problematica di salute/disabilità
- 02|Disabilità che impedisce il sostegno assistenziale adeguato
- 03|Problemi di salute che impediscono il sostegno assistenziale adeguato

Data di nascita padre (qualora vivente):.....

Data di nascita madre (qualora vivente) :.....

Tipologia caregiver primario (croettare l' opzione corrispondente, in caso di altro, specificare):

- 01|Padre
- 02|Madre
- 03|Fratello
- 04|Sorella
- 05|Assistente familiare/personale
- 06|Altro.....
- 07|Nessuno

Usufruisce misura B1 FNA (croettare l' opzione corrispondente):

- 01|Si
- 02|No

Usufruisce buono caregiver familiare misura B2 FNA(croettare l' opzione corrispondente):

- 01|Si
- 02|No

Usufruisce buono vita indipendente misura B2 FNA(croettare l' opzione corrispondente):

- 01|Si
- 02|No

Usufruisce del progetto sperimentale Vita indipendente (pro.vi) (croettare l' opzione corrispondente):

- 01|Si
- 02|No

Misura reddito di autonomia disabili (croettare l' opzione corrispondente):

- 01|Si
- 02|No

Usufruisce servizio SAD (croettare l' opzione corrispondente):

- 01|Si
- 02|No

Usufruisce servizio ADI (croettare l' opzione corrispondente):

- 01|Si
- 02|No

Frequenta servizio SFA(crocettare l' opzione corrispondente):

01|Si
02|No

Frequenta servizio CSE (crocettare l' opzione corrispondente):

01|Si
02|No

Frequenta servizio CDD(crocettare l' opzione corrispondente):

01|Si
02|No

Accoglienza in struttura residenziale sociosanitaria residenziale (crocettare l' opzione corrispondente):

01|Si
02|No

Accoglienza in struttura residenziale sociale (crocettare l' opzione corrispondente):

01|Si
02|No