

Scheda
condizione socio-sanitaria ed economica

CRITERI	DESCRIZIONE	Barrare le caselle interessate	Colonna riservata all'Assistente Sociale del Comune di residenza del richiedente
Età	80-85 anni	☐	
	85-90 anni	☐	
	Oltre 90 anni	☐	
	0-5 anni	☐	
	6-12 anni	☐	
	13-17 anni	☐	
Isolamento abitativo	Abitazione lontana dal centro abitato	☐	
	Abitazione lontana dal centro abitato priva di collegamenti pubblici	☐	
Nucleo Familiare	1 solo componente (il richiedente)	☐	
	2 o più componenti (compreso il richiedente)	☐	
Rete familiare	Nessun familiare (fino al 2° grado, di età compresa tra i 30 e i 65 anni) domiciliato nello stesso comune del richiedente	☐	
	Familiari impossibilitati all'accompagnamento	☐	
Situazione familiare multiproblematica	1 intervento assistenziale attivato a un componente del nucleo familiare del richiedente dai Servizi Sociali nel periodo 2012-2013	☐	
	Più interventi assistenziali attivati a favore del nucleo familiare del richiedente dai Servizi Sociali nel periodo 2012-2013	☐	
Invalidità	Invalidità tra il 74 e il 90%	☐	
	Invalidità tra 91 e 99 %	☐	
	Invalidità 100% o Disabilità art. 3 comma 1 e 3	☐	
Condizioni sanitarie*	Patologie che necessitano di cure continuative con periodi superiori a 6 mesi (inclusi i periodi di sospensione della cura)	☐	
	Patologie che necessitano di servizi o visite periodiche	☐	
Condizioni economiche*	Reddito ISEE da € 0 a € 5.000,00	☐	
	Reddito ISEE da € 5.001,00 a 9.000,00	☐	
	Reddito ISEE da 9.001,00 a € 15.000,00	☐	
	Reddito ISEE da 15.001,00 a € 20.000,00	☐	
	Reddito ISEE oltre € 20.001,00	☐	
TOTALE PUNTEGGIO			

* deve essere allegata copia della certificazione attestante la condizione dichiarata



NELLA RETE DA UN NODO ALL'ALTRO
Servizio di trasporto per persone con mobilità ridotta

Modulo A

Lugo e data _____, ____/____/____

Nome e cognome del Beneficiario _____

Firma del Beneficiario _____

(In caso Beneficiario minorenne) Firma del genitore o di chi esercita la patria potestà _____

(N.B. Se l'interessato è un minorenne la firma deve essere convalidata dal genitore o di chi esercita la patria potestà sul minore, allegando copia di un documento di riconoscimento)

Firma dell'Assistente Sociale _____



Istruzioni

La presente tabella deve essere compilata insieme all'Assistente Sociale del proprio Comune di residenza. Devono essere barrate solo le caselle delle voci corrispondenti alla propria situazione sociale e sanitaria.

La presa in carico

La presa in carico avverrà in ordine di punteggio, ottenuto sommando le singole voci (indicatori di priorità) della scheda di valutazione. In caso di più domande caratterizzate dal medesimo grado di bisogno, la discriminante per la scelta nella priorità all'ammissione al servizio sarà determinata dalla data di presentazione delle domande medesime.

Le Lista di attesa

Qualora il PLUS non sarà in grado di far fronte a tutte le domande pervenute e ritenute ammissibili, verrà redatta una lista d'attesa graduata ai fini dell'accesso al servizio, formulata con gli stessi criteri della presa in carico (tenendo conto del punteggio ottenuto nella scheda di valutazione degli indicatori di priorità. In caso di più domande caratterizzate dal medesimo grado di bisogno, la discriminante per la scelta nella priorità all'ammissione al servizio sarà determinata dalla data di presentazione delle domande medesime).