

Al Comune di Campagnano
Ufficio di Politiche Sociali

Oggetto : richiesta servizio assistenza scolastica (AEC)

___l___ sottoscritt... _____,

nata a _____ (.....)il _____

e residente a _____ in via

Tel _____ Cell _____ .

in qualità di _____

CHIEDE

L'attivazione del servizio di assistenza scolastica , ai sensi della legge 104/98 in favore di

Nome e cognome _____

nato a _____ .il _____

residente a Campagnano di Roma in via _____

iscritto alla classe _____ presso la scuola _____

Si allega:

- documento di identità del richiedente
- copia verbale di invalidità e/o certificazione L. 104/92
- diagnosi funzionale

..l.. sottoscritt.. dichiara sotto la propria responsabilità la veridicità di ogni affermazione sopra riportata, ai sensi del l'art. 76 D.P.R. 445/2000. In ottemperanza a quanto disposto dalla legge sulla privacy (D.Lgs. 196/03) acconsento altresì al trattamento dei dati personali

Data _____

Firma

Nucleo familiare e persone significative :

Nome e Cognome	Parentela	Recapito telefonico	Data di nascita	Professione	Orario di presenza
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		

Care givers

L'assistenza all'utente impegna (Nome e telefono)	Note	Frequenza e orario impegnato

Operatori sanitari di riferimento

Qualifica e nome dell'operatore (medico, infermiere, terapeuta, CAD, Cronos)	Struttura di appartenenza Indirizzo e telefono	Giorni / Orari
<i>Medico di Base Dott.</i>		

SCHEDA DI VALUTAZIONE

DIAGNOSI

Indennità di frequenza:

Indennità di accompagnamento

AUTOSUFFICIENZA ED AUTONOMIA PERSONALE E SOCIALE

AUTOSUFFICIENZA

Deambulazione

- Cammina da solo
- Cammina da solo, ma ha bisogno di accompagnamento ed ausili tecnici
- Non cammina da solo, ha bisogno di ausili tecnici e dell'aiuto di altre persone

Nutrizione

- Autonomamente
- Da solo, ma deve essere stimolato e/o controllato
- Ha bisogno d'aiuto fisico, ma partecipa
- Totalmente dipendente

Cura della persona

Lavarsi e vestirsi

- Autonomamente
- Da solo, ma deve essere stimolato e/o controllato
- Ha bisogno d'aiuto fisico, ma partecipa
- Deve essere lavato

Utilizzo dei servizi igienici:

- autonomamente
- Da solo, ma deve essere stimolato e/o controllato

Ha bisogno d'aiuto fisico		<input type="checkbox"/>
Totalmente dipendente		<input type="checkbox"/>
<u>Controllo sfinterico:</u>		
E' autonomo nelle funzioni urinarie	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
E' autonomo nelle funzioni escretorie	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
<u>Cura del proprio ambiente:</u>		
Autonomamente		<input type="checkbox"/>
Da solo, ma deve essere stimolato		<input type="checkbox"/>
Ha bisogno d'aiuto fisico, ma partecipa		<input type="checkbox"/>
Totalmente dipendente		<input type="checkbox"/>

AUTONOMIA PERSONALE E SOCIALE

Linguaggio/Comunicazione

- | | |
|---|--------------------------|
| Linguaggio presente/Comunica in modo adeguato | <input type="checkbox"/> |
| Difficoltà di linguaggio/Ha difficoltà di comunicazione | <input type="checkbox"/> |
| Linguaggio assente, ma utilizza comunicazione alternativa | <input type="checkbox"/> |
| Linguaggio assente/Non comunica | <input type="checkbox"/> |

Mezzi di trasporto/capacità di spostamento

- | | |
|---|--------------------------|
| È autonomo | <input type="checkbox"/> |
| Sa spostarsi con i mezzi pubblici per percorsi conosciuti | <input type="checkbox"/> |
| Ha bisogno di aiuto parziale (accompagnatore) | <input type="checkbox"/> |
| Totalmente dipendente | <input type="checkbox"/> |

