

Domanda pervenuta al Servizio in data \_\_\_\_\_

Domanda inviata alla Unità di Valutazione in data \_\_\_\_\_

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DI 2° LIVELLO (UNITA' di VALUTAZIONE)**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_

VIA e N° \_\_\_\_\_ TEL. n° \_\_\_\_\_

Familiare di riferimento \_\_\_\_\_

Tessera Sanitaria n. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

RICONOSCIMENTO INVALIDITA' SI NO PERCENTUALE \_\_\_\_\_

PATOLOGIA ACCERTATA DALLA COMMISSIONE DI PRIMA ISTANZA: " \_\_\_\_\_  
" in data \_\_\_\_\_

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI HANDICAP presentata in data \_\_\_\_\_

RICONOSCIMENTO STATO DI HANDICAP (art. 3 L..104/92 c.1) SI NO in data \_\_\_\_\_

RICONOSCIMENTO STATO DI HANDICAP  
IN SITUAZIONE DI GRAVITA' (art.3 L..104/92 c.3) SI NO in data \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Medico specialista \_\_\_\_\_

SERVIZIO INVIANTE (che attua la presa in carico):

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE Equipe di \_\_\_\_\_

HANDICAP ETA' ADULTA

CONSULTORIO FAMILIARE Equipe di \_\_\_\_\_

SERVIZIO PSICHIATRICO di \_\_\_\_\_

Ser. T.

Ser. A. T.

Altro \_\_\_\_\_

PATOLOGIA ACCERTATA DAL SERVIZIO: \_\_\_\_\_

---

---

---

EQUIPE FUNZIONALE COSTITUITA DA : nominativo operatore/familiare

COMUNE \_\_\_\_\_

SERVIZIO ULSS \_\_\_\_\_

MEDICO DI MEDICINA GENERALE \_\_\_\_\_

COOPERATIVA \_\_\_\_\_

FAMIGLIA \_\_\_\_\_

ALTRO \_\_\_\_\_

INFORMAZIONI SIGNIFICATIVE SUL NUCLEO FAMILIARE DELL'UTENTE: \_\_\_\_\_

---

---

---

PERCORSO SCOLASTICO/LAVORATIVO: \_\_\_\_\_

---

---

---

PROBLEMATICHE PRESENTI RILEVATE DALL'EQUIPE FUNZIONALE : \_\_\_\_\_

---

---

---

INTERVENTI PROPOSTI: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

NEL CASO NON SIA POSSIBILE ATTUARE NESSUN PROGETTO ESPLICITARE I MOTIVI: \_\_\_\_\_

---

---

## PROGETTO

E' STATO PREDISPOSTO UN PROGETTO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO?      NO      SI

OPERATORE RESPONSABILE DEL PROGETTO: \_\_\_\_\_

OBIETTIVI DEL PROGETTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FASI OPERATIVE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEMPI PREVISTI: \_\_\_\_\_

COSTI / RETTA : \_\_\_\_\_

A CARICO DI:    ULSS    \_\_\_\_\_    COMUNE    \_\_\_\_\_

                 UTENTE    \_\_\_\_\_    ALTRO    \_\_\_\_\_

MODALITA' E TEMPI DI VERIFICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* PROPOSTA DI INSERIMENTO dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

\* PROPOSTA DI DIMISSIONI dal \_\_\_\_\_ a partire dal \_\_\_\_\_

OSSERVAZIONI PARTICOLARI DA PARTE DELL'EQUIPE FUNZIONALE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Le proposte devono essere accompagnate dalla dichiarazione sottoscritta dall'interessato o dalla famiglia.

**N.B.:Per gli inserimenti in Comunità va inoltre precisato:**

- >Tipo di Comunità: a valenza educativo-assistenziale, o riabilitativa,
- >se la Comunità percepisce la quota di rilievo sanitario
- >se già l'ULSS interviene con l'integrazione scolastica o con una retta CEOD
- >precisare se il Comune ha assunto l'impegno di spesa con la Comunità.

L'OPERATORE REFERENTE

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

La trasmissione dei dati contenuti nel presente foglio avviene nel rispetto della legge 31.12.1996 n. 675 per la "Tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali". La stessa è vincolata al segreto professionale e d'ufficio la cui violazione è penalmente perseguibile.