

AUTISMO 0-12

SCHEDA SOCIALE

Nome e Cognome del minore _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Indirizzo di residenza _____

Recapiti telefonici (fisso e mobile) _____

Recapiti mail e PEC _____

Data presentazione domanda: _____ Prot.n. _____

Famiglia con figlio ASD già beneficiario di contributo ☐ SI ☐ NO

Se NO, come è venuta a conoscenza del servizio: _____

Nome del pediatra _____

Indirizzo e numero di telefono del pediatra _____

DOCUMENTI ALLEGATI:

- ☐ Certificazione sanitaria attestante la diagnosi di disturbo dello spettro autistico (IDC10F84) rilasciata da un servizio pubblico
- ☐ Attestazione ISEE e ricorso di validità: € _____

Scolarità _____

L. 104/1992 ☐ no ☐ art. 3 comma 1 ☐ art. 3 comma 3Indennità di accompagnamento ☐ sì ☐ noIndennità di frequenza ☐ sì ☐ noAssistenza domiciliare ☐ sì ☐ no Specificare se diretta o indiretta _____ Figura impiegata per

l'assistenza (OSS, educatore, ecc.) _____

Beneficiario disabilità gravissima ☐ sì ☐ noBeneficiario di altre forme di sussidio pubblico ☐ sì ☐ no Specificare quale _____



Usufruisce di servizi socio-assistenziali ☐ sì ☐ no

Nome del servizio _____ Ore settimanali fruite _____

Nome del servizio _____ Ore settimanali fruite _____

Usufruisce di servizi socio-sanitari ☐ sì ☐ no

Nome del servizio _____ Ore settimanali fruite _____

Nome del servizio _____ Ore settimanali fruite _____

Struttura riabilitativa di riferimento per trattamento ASD _____

Professionista di riferimento per trattamento ASD _____

Nome dei genitori o esercenti potestà genitoriale _____

Composizione del nucleo familiare

Grado di parentela	Nome e Cognome	Componente minorenni S/N	Invaliderà/disabilità S/N (se sì, specificare tipologia)	Disturbo ASD S/N

Presenza di parenti non conviventi disponibili anche parzialmente _____

Presenza di vicini di casa/conoscenti/amici disponibili anche parzialmente _____



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA 5

Brevi note sulla storia personale del minore e sulla storia della famiglia _____

Difficoltà evidenziate dalla famiglia _____

I genitori ritengono che l'impegno assistenziale sia

☐ elevato e difficile da sostenere

☐ elevato, ma sostenibile

☐ medio e sostenibile

I genitori ritengono di aver bisogno di aiuto e sostegno ☐ sì ☐ no e ne ricevono ☐ sì ☐ no (se sì, da chi _____

_____)

Data della visita domiciliare _____

Osservazioni della visita domiciliare _____

Valutazione conclusiva dell'assistente sociale _____

(in collaborazione con assistente sociale TSMREE ☐ sì ☐ no)

PUNTEGGIO SOCIALE

CRITERIO SOCIO ECONOMICO

I criteri di valutazione sono relativi all'insieme dei componenti del nucleo familiare residente con il minore. All'interno di ogni sotto categoria i punteggi non sono cumulabili.

Nel caso in cui siano presenti entrambi i requisiti che danno diritto alla priorità, non verranno calcolati i punteggi relativi alla presenza fratello/sorella con autismo e ISEE pari o inferiore ad € 8.000,00 presenti nelle altre categorie.

Presenza di entrambi i requisiti di priorità:

Presenza fratello/sorella con autismo e ISEE 0,00 - € 8.000,00 (70 punti)

—

Servizi attivi per il beneficiario: MAX 7 PUNTI

Nessun servizio attivo (7 punti)

Fino a 10 ore settimanali (4punti)

Da 11 a 20 ore settimanali (2 punti)

Da 21 ore settimanali in poi (0 punti)

—

Presenza altri minori MAX3 PUNTI

sì (3punti)

no (0punti)

—

Componenti del nucleo familiare con riconoscimento di invalidità civile o L. 104/92: MAX 10 PUNTI

Presenza fratello con autismo (10 punti)

Presenza di un altro minore o genitore con disabilità (8 punti)

Presenza di altro componente del nucleo familiare con disabilità (5 punti)

Assenza (0 punti)

—

ISEE del nucleo familiare MAX 10 PUNTI

€ 0,00 - € 8.000,00 (10 punti)

€ 8.000,01 - € 16.000,00 (7 punti)

€ 16.000,01 - € 24.000,00 (5punti)

€ 24.000,01 - oltre (0punti)

—

TOTALE

—

NOTE PER L'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

Si attribuiscono i punti relativi ai componenti familiari con disabilità in aggiunta a quelli relativi ai criteri di priorità, in caso di presenza di componenti del nucleo familiare con riconoscimento di invalidità civile o L. n. 104/92.

Si intende per servizi attivi, quelli sociali e socio-assistenziali (es. disabilità gravissima, assistenza domiciliare diretta e indiretta, ecc.). Sono invece esclusi i servizi inerenti il diritto allo studio (Assistenza scolastica, sostegno, ecc.) nonché i servizi puramente sanitari (es. terapia riabilitativa).

Con riferimento alla prestazione socio-assistenziale di disabilità gravissima, riferita al minore per cui si è richiesto il presente contributo, ai fini dell'attribuzione del punteggio, si considera:

- contributo di cura al caregiver - inserito come “da 11 a 20 ore settimanali” – totale punteggio assegnato 2 punti

- assegno di cura – inserito come “da 21 ore settimanali in poi” – totale punteggio assegnato 0 punti

Nel caso in cui il minore, oltre al contributo di cura al caregiver per la disabilità gravissima, usufruisca anche di assistenza domiciliare si considera inserito come “da 21 ore settimanali in poi” – totale punteggio assegnato 0 punti.

Si attribuiscono 3 punti a tutti i minori che hanno altri fratelli/sorelle a prescindere dalla presenza o meno di disabilità.

Data di compilazione della scheda _____

Servizio Sociale Comune di _____

Nome e Cognome Assistente Sociale che ha effettuato la valutazione _____

Firma _____



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5