

**PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEgni DI CURA****ALLEGATO C**

<b>indicazioni per la compilazione del Progetto di Ambito</b>	
<b>Numero progressivo utente</b>	indicare il numero progressivo 1,2,3, delle persone incluse nel progetto, con il totale a fondo pagina
<b>codice utente</b>	Indicare iniziali del nome e data di nascita
<b>data presentazione domanda</b>	indicare la data dell'ultima domanda presentata per l'accesso alle Cure Domiciliari con assegno di cura o la data di richiesta di rivalutazione
<b>data valutazione o rivalutazione</b>	indicare la data dell'ultima valutazione o della rivalutazione
<b>condizioni disabilità gravissima ex D.M. 26/9/16</b>	indicare con le lettere alfabetiche ( a, b, c, etc..) una delle condizioni di disabilità gravissima previste dal D.M. 26/9/16 e riportate al paragrafo 3.1
<b>scale di valutazione</b>	Per i gravissimi: indicare la sigla della scala utilizzata tra quelle indicate al paragrafo 3.1 del programma ed incluse negli Allegati 1 e 2 - Per i gravi indicare la scala Barthel
<b>punteggio</b>	Per i gravissimi indicare il punteggio della scala utilizzata, compatibile con quelli minimi indicati al paragrafo 3.1 – per i gravi indicare il punteggio della scala Barthel
<b>vecchio utente di assegno di cura</b>	Indicare il numero progressivo (1,2,3) per ciascuna colonna, con il totale a fondo pagina
<b>nuovo utente di assegno di cura</b>	

NOME RESPONSABILE DELLA COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_



**PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEgni DI CURA**

PROGETTO DI AMBITO PER DISABILI GRAVI									C 3
AMBITO TERRITORIALE			Comune capofila / Consorzio						
num. Progressivo utente	Codice utente	Comune di residenza	data presentazione e domanda	data valutazione o rivalutazione in U.V.I.	punteggio scala Barthel	nome assistente sociale responsabile della presa in carico	vecchio utente di assegno di cura	nuovo utente di assegno di cura	TOTALE COSTO PER UTENTE
TOTALE							TOTALE	TOTALE	TOTALE