



**COMUNE DI DOLIANOVA**  
 PROVINCIA SUD SARDEGNA  
 PIAZZA BRIGATA SASSARI



**ALLEGATO B**

*Relazione sulla rete familiare e sociale e sugli apporti valorizzabili per il Budget di Salute*

La presente relazione è funzionale alla valutazione multidimensionale dell'equipe di progetto e alla costruzione del Budget di Salute dell'anziano.

**Composizione del nucleo familiare**

Indicare i componenti del nucleo familiare anagrafico, il rapporto con l'anziano, l'età, la condizione lavorativa e la disponibilità a fornire supporto:

---



---



---

**Rete familiare allargata**

Indicare familiari non conviventi che costituiscono rete di sostegno:

---



---

**Rete sociale e di prossimità**

Indicare amici, vicini, organizzazioni di volontariato, parrocchie, associazioni che attualmente forniscono supporto:

---



---

C.A.P. 09041 TEL. 070/7449345 P.I.01331060929 C.F.80004050920  
<http://www.comune.dolianova.ca.it>





**COMUNE DI DOLIANOVA**  
 PROVINCIA SUD SARDEGNA  
 PIAZZA BRIGATA SASSARI



**Care giver familiare e apporti valorizzabili**

Specificare nominativo del care giver familiare di riferimento, disponibilità oraria settimanale, eventuale formalizzazione del ruolo:

---



---

**Risorse pubbliche già attivate o attivabili**

Indicare prestazioni già percepite o attivabili a favore dell'anziano (con importi e periodicità ove noti):

- Indennità \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ accompagnamento: \_\_\_\_\_
- Pensione di invalidità / pensione di vecchiaia: \_\_\_\_\_
- Cure Domiciliari Integrate (ADI) – ASL: \_\_\_\_\_
- Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) comunale: \_\_\_\_\_
- Programma “Ritornare a Casa Plus” (RAS): \_\_\_\_\_
- Piano personalizzato L. 162/1998 (RAS): \_\_\_\_\_
- Programma “Home Care Premium” (INPS): \_\_\_\_\_
- Altri \_\_\_\_\_ progetti \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ contributi: \_\_\_\_\_

C.A.P. 09041 TEL. 070/7449345 P.I.01331060929 C.F.80004050920  
<http://www.comune.dolianova.ca.it>





**COMUNE DI DOLIANOVA**  
 PROVINCIA SUD SARDEGNA  
 PIAZZA BRIGATA SASSARI



**Risorse personali e familiari**

Indicare la disponibilità di risorse economiche dell'anziano e della famiglia per concorrere al Budget di Salute:

---



---

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

C.A.P. 09041 TEL. 070/7449345 P.I.01331060929 C.F.80004050920  
<http://www.comune.dolianova.ca.it>

