



**SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE**  
(allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)

**NOME** .....  
**COGNOME**.....

**Scheda compilata dal sig./ra (se familiare)**.....  
**Scheda compilata dall'assistente sociale del territorio**

.....

Titolo di studio dell'interessato .....  
Attività lavorativa pregressa .....  
Hobby .....

**INIZIATIVA DELLA DOMANDA**

- utente stesso
- familiari
- medico di assistenza primaria
- assistente sociale

**USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI**

- ADI
- SAD
- Assistente familiare
- Altro

**INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI**

*attualmente la persona vive:*

- solo
- vive con altro (familiari/convivente e badante)
- vive con altro (familiari/convivente)
- vive con altre persone non parenti e non partner
- vive solo con badante
- informazione non nota

**SITUAZIONE ALLA DATA DELLA RILEVAZIONE**

- a domicilio senza alcuna assistenza
- a domicilio con assistenza domiciliare SAD
- a domicilio con assist. Dom ADI/voucher
- a domicilio con frequenza in strutt. soc. diurna
- a domicilio con frequenza in strutt. san. diurna
- ospite in altra tipologia di struttura sociosanitaria
- ricoverato in struttura sanitaria per acuti
- ricoverato in struttura di riabilitazione territoriale
- ospite nella stessa RSA su PL non a contratto
- ospite in altra RSA su PL a contratto
- ospite in struttura sociale

**L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI**

- Tutore
- Curatore
- Amministratore di Sostegno
- Ha in corso la pratica per la nomina di .....

**COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE**

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	ETA'	RESIDENZA

**PARENTI REFERENTI**

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.

**ALTRI FAMILIARI**

.....  
.....

**CONDIZIONI PENSIONISTICHE**

Tipo di pensione/i: .....  
Tipo di invalidità: .....  
% di invalidità civile: .....  
Indennità di accompagnamento:    Sì                       No   
Esenzione ticket sanitario per: .....  
Pratiche in corso per: .....

**COLLOCAZIONE ABITAZIONE**

- zona isolata (abitazione sita in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)
- zona decentrata (abitazione sita in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

**ADEGUATEZZA ABITAZIONE**

**BARRIERE ARCHITETTONICHE:**

- nessuna                       solo interne                       esterne ed interne                       solo esterne

**BAGNO:**

- interno
- esterno

supporti antiscivolo:    Sì                       No

**RISCALDAMENTO:**

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali

tipologia di impianto.....

**MOTIVO DEL RICOVERO**

- stato di salute
- problemi abitativi
- problemi familiari
- solitudine

**I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri?**

- Sì     No

**il sottoscritto.....in qualità di.....dichiara che il/la sig.r/ra ..... non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.**

**Data, .....**

**FIRMA**