



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