

ISCHIA	CASAMICCIOLA TERME	LACCO AMENO	FORIO	SERRARA FONTANA	BARANO D'ISCHIA	PROCIDA
						

AMBITO SOCIALE N13



PORTA UNITARIA D'ACCESSO

Presso l'Ufficio/Antenna Sociale del Comune di _____

Presso l'U.O. _____ Distretto 36 ASL NA 2 NORD

N. Prot. interno _____ data compilazione scheda _____

Richiesta di segnalazione a cura di:

Unità Operativa Distrettuale: _____

Servizio Sociale professionale di: _____ Segretariato Sociale di: _____

M.M.G P.L.S.

U.O. ospedaliere: _____

familiare /parente componente della rete informale tutore giuridico amministratore di sostegno strutture residenziali : _____ strutture semiresidenziali: _____

Altro _____

Nominativo operatore: _____

DATI DELL'ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____

Luogo Nascita _____ Data nascita ____/____/____ Genere M F

Codice Fiscale _____

Straniero temporaneamente presente (STP) Codice STP _____

Comune di residenza _____ CAP _____

Indirizzo dell'Assistito: _____

Recapiti Telefonici _____ e-mail _____

Regione di residenza dell'assistito _____

A.s.l. di residenza dell'assistito _____

Nazionalità: italiana Straniero, cittadinanza: _____

Profilo Personale

Stato civile celibe/nubile coniugato/a separato/a divorziato/a vedovo/a convivente
 non dichiarato

Istruzione

nessuna licenza elementare media inferiore media superiore diploma universitario
 laurea non dichiarato

Condizione lavorativa: Occupato/a occupazione stabile occupazione temporanea
 occupazione precaria in forma dipendente in forma autonoma disoccupato/a inoccupato
cassintegrato/a casalinga studente pensionato/a inabile al lavoro

Altro (Specificare).....

Medico dell'assistito: MMG PLS nome: _____ cognome: _____

Indirizzo: _____ tel _____

e-mail _____ ASL _____ distretto n. _____

Utente già in carico

Servizi sociali Servizi sanitari Altro (specificare)

Attualmente fruisce di servizi: Servizi sociali Servizi sanitari Altro (specificare)

Richiesta espressa dall'utente:

Assistenza domiciliare Ricovero in strutt. residenziale Ricovero in strutt. Semiresidenziale

Contributo economico Altro (specificare)

Bisogno rilevato dall'operatore:

Motivazioni della richiesta dell'operatore:

- Anziano "fragile" e patologie geriatriche con riduzione dell'autonomia
- Disabilità fisico/psichica, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano riduzione dell'autonomia
- Malattia acuta temporaneamente invalidante o stabilizzazione stato clinico (post acuzie)
- Insufficienza del supporto familiare/famiglia non in grado di provvedere
- Solitudine Alloggio non idoneo Dimissione socio-sanitaria protetta da reparto ospedaliero o da struttura residenziale Tossicodipendenza Altro:

Prima valutazione

- bisogno semplice sociale sanitario Bisogno complesso Caso urgente

Attivazione dei Servizi:

Servizi attivati: sociale sanitario invio al percorso integrato /attivazione U.V.I.

Eventuale documentazione allegata:

RUOLO _____ FIRMA OPERATORE _____

Consenso informato

Il Sottoscritto _____

in qualità di (specificare) _____

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 SI NO

Luogo e Data _____ Firma _____