

<b>ISCHIA</b>	<b>CASAMICCIOLA TERME</b>	<b>LACCO AMENO</b>	<b>FORIO</b>	<b>SERRARA FONTANA</b>	<b>BARANO D'ISCHIA</b>	<b>PROCIDA</b>
						

**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 cronic-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 \_\_\_\_\_