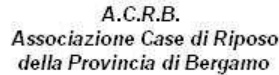




FONDAZIONE

“Bartolomea Spada – Schilpario – Valle di Scalve”
O.N.L.U.S.

MOD15 - 03 – 2010
pagina 1 di 3



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 progressa

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
- in altra struttura
- altro

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 esterne
- solo interne
- esterne ed interne

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
 solitudine
 problemi familiari
 problemi abitativi

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
