

Provincia Religiosa di San Marziano di Don Orione CENTRO DON ORIONE di BERGAMO	MODELLO MARSA 01 All A	REV. 4 Del 05/02/2020	Pag. 1 a 2
SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE			

NOME

COGNOME

Codice Fiscale

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
- ☐ 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 DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

Cognome Nome	Grado di parentela	età	residenza

Provincia Religiosa di San Marziano di Don Orione CENTRO DON ORIONE di BERGAMO	MODELLO MARSA 01 All A	REV. 4 Del 05/02/2020	Pag. 2 a 2
SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE			

NOME COGNOME	GRADO PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.

PARENTI REFERENTI

ALTRI FAMILIARI

.....

.....

CONDIZIONI PENSIONISTICHE

Tipo di pensione/i

Tipo di invalidità

% di invalidità civile

Indennità di accompagnamento SI ☐ 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 SI ☐ 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? ☐ SI ☐ NO

Il sottoscritto In qualità di dichiara che
 Il/la sig.ra non è nelle condizioni
 Psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

Data, Firma