



Distretto Socio Sanitario N° 9
Bassa Bresciana Centrale
Piazza Donatori di Sangue, 1 – 25024 Leno (BS)
Telefono 030 / 9078483 - Fax 030 / 9037499
Servizio Inserimenti RSA

Leno, li

**Al Servizio Inserimenti RSA/CUP
A.S.L. Distretto n. 9 di Leno**

SCHEDA SOCIALE

| |
|------------------------------------|
| Cognome _____ Nome _____ |
| nato a _____ il _____ |
| residente a _____ via/piazza _____ |
| tel. _____ cell. _____ |
| libretto sanitario _____ |
| codice fiscale _____ |

| |
|---|
| Rete familiare: |
| figli n. _____ con nucleo familiare n.: _____ |
| figli conviventi n.: _____ senza nucleo familiare _____ |

| | | | |
|-------------------|-------------------|----------------------|-------------------|
| Titolo di studio: | 0 senza titolo | 0 licenza elementare | 0 media inferiore |
| | 0 media superiore | 0 laurea | |

| | | |
|--------------|---|--|
| Professione: | <input type="checkbox"/> imprenditore/libero professionista | <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo |
| | <input type="checkbox"/> dirigente impiegato | <input type="checkbox"/> lavoratore dipendente |
| | <input type="checkbox"/> casalinga | |

Attività lavorativa svolta: _____

VALUTAZIONE ECONOMICA

Pensione tipo: _____

Ammontare annuo: € _____

Invalidità tipo: _____

Ammontare annuo: € _____

Altri redditi:

Ammontare annuo: € _____

RAPPORTO CON I SERVIZI

a) Servizi già ricevuti

- Contributi economici
- Soggiorni climatici
- Assistenza infermieristica
- Assistenza domiciliare S.A.D.
- Pasti a domicilio
- Servizio lavanderia
- Assistenza volontari
- Utilizzo del servizio trasporti
- Altro _____

b) Condizioni di disagio sociale prevalenti

- Solitudine
- Carichi assistenziali onerosi
- Rapporti familiari difficili
- Alloggio non idoneo
- Difficoltà economiche
- Difficoltà o inabilità nelle attività quotidiane
- Altro _____

LIVELLI DI AUTONOMIA / ASPETTI RELAZIONALI

IL PAZIENTE

- 0 è autonomo nella gestione della propria persona
- 0 è autonomo nella gestione della casa

NOTE

- 0 vive solo
- 0 vive con il coniuge in grado di far fronte alla situazione
- 0 vive con il coniuge con il quale ha bisogno di maggiore aiuto
- 0 vive con un parente in grado di far fronte alla situazione
- 0 vive con un parente con il quale ha bisogno di maggiore aiuto
- 0 vive con un amico in grado di far fronte alla situazione
- 0 vive con un amico con il quale ha bisogno di maggiore aiuto
- 0 altre sistemazioni

EVENTUALI PERSONE, CONVIVENTI / PARENTI CHE POSSONO AIUTARE IL PAZIENTE:

PERSONE ESTERNE ALLA RETE PARENTALE CHE POSSONO AIUTARE IL PAZIENTE:

Questo aiuto è disponibile:

- 0 a tempo pieno
- 0 solo di notte
- 0 saltuariamente
- 0 mai

VALUTAZIONE ABITATIVA

ALLOGGIO

- 0 Appartamento condominiale
- 0 Cascina
- 0 Abitazione
- 0 Altro _____

PROPRIETA' DELL'ALLOGGIO

- 0 Personale
- 0 Pubblica
- 0 Privata di una terza persona
- 0 Altro _____

| Condizioni di disagio abitativo | Situazione adeguata | Situazione inadeguata | Situazione Insufficiente |
|---------------------------------|---------------------|-----------------------|--------------------------|
| Idoneità dell'alloggio | 0 | 0 | 0 |
| Isolamento abitazione | 0 | 0 | 0 |
| Stato di manutenzione | 0 | 0 | 0 |
| Igienicità dell'alloggio | 0 | 0 | 0 |
| Acqua calda | 0 | 0 | 0 |
| Riscaldamento | 0 | 0 | 0 |
| Servizi igienici | 0 | 0 | 0 |
| Barriere arch. interne | 0 | 0 | 0 |
| Barriere arch. esterne | 0 | 0 | 0 |

VALUTAZIONE FINALE DEL SOGGETTO

SI PROPONE L'INSERIMENTO IN:

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Struttura protetta | <input type="checkbox"/> Casa albergo | <input type="checkbox"/> Centro Diurno |
| <input type="checkbox"/> Casa di riposo | <input type="checkbox"/> Mini alloggi | <input type="checkbox"/> S.A.D. |

MOTIVAZIONI E PROPOSTE DI INTERVENTO

L'ASSISTENTE SOCIALE

Spazio riservato alla COMMISSIONE DI VALUTAZIONE

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |