



Scheda di Accesso

PORTA UNICA D'ACCESSO

Unità Operativa Distrettuale: _____
 Servizi Sociali/Segretariato Sociale di: _____
 Altro _____
 Nominativo operatore: _____
 N. Prot. interno _____

SEZIONE DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

Cognome	Nome	Sesso
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Data di nascita	Comune di nascita	C.F./STP

Nazionalità: italiana Straniero cittadinanza: _____

Straniero temporaneamente presente (STP)

Stato Estero di residenza	Regione di residenza	AS.L. di residenza

Comune di residenza	Indirizzo	Telefono

Comune di domicilio	Indirizzo	Telefono

E-MAIL

Stato civile

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1= celibe/nubile | <input type="checkbox"/> 4=divorziato/a |
| <input type="checkbox"/> 2=coniugato/a | <input type="checkbox"/> 5=vedovo/a |
| <input type="checkbox"/> 3=separato/a | <input type="checkbox"/> 6=Convivente |
| <input type="checkbox"/> 7=Non dichiarato | |

Condizione lavorativa

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pensionato | <input type="checkbox"/> Non occupato |
| <input type="checkbox"/> Inabile al lavoro | <input type="checkbox"/> Casalinga |
| <input type="checkbox"/> Occupato dipendente | <input type="checkbox"/> Studente |
| <input type="checkbox"/> Occupato con rapporto precario/temporaneo | |
| <input type="checkbox"/> Occupato in forma autonoma | |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Grado d'istruzione

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Nessuno | <input type="checkbox"/> 4 Media sup. |
| <input type="checkbox"/> 2 Licenza elementare | <input type="checkbox"/> 5 Diploma universitario |
| <input type="checkbox"/> 3 Media Inf. | <input type="checkbox"/> 6 Laurea |
| | <input type="checkbox"/> 7 Non dichiarato |

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA

COGNOME e NOME _____

RUOLO _____

VIA _____ COMUNE _____

RECAPITO TELEFONICO _____

 MEDICO DI MEDICINA GENERALE **PEDIATRA DI LIBERA SCELTA**

COGNOME e NOME _____

A.S.L. _____ DISTRETTO _____

TEL _____ E-MAIL _____

SEZIONE - RICHIESTA ESPRESSA DALL'UTENTE

RICHIESTA/SEGNALAZIONE:

- Utente direttamente Familiare/Parente Tutore giuridico
- Rete informale: _____
- U.O. ospedaliera: _____
- Struttura residenziale: _____
- Altri servizi sociali dell'ambito territoriale: _____
- Ambulatorio STP
- Autorità giudiziaria Privato sociale Scuola
- Altro _____

Tipo di richiesta espressa:

- Assistenza Domiciliare Ricovero in Strutture Residenziali
- Ricovero in Stru. Semi Residenziali Contributi Economici
- Assegno di cura: Altro:
- _____
- _____
- _____

Area prioritaria di riferimento:

- Famiglie Anziani Minori Disabili
- Indigenti Dipendenza Immigrati Disagio psichico
- Segretariato sociale Altro: _____

Utente che già fruisce di servizi

- Servizi Sociali: _____
- Servizi Sanitari: _____
- Altro: _____

SEZIONE - BISOGNO RILEVATO

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

PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DEI SERVIZI

- Sociale
- Sanitario
- Invio al percorso integrato/attivazione U.V.I.

Eventuale documentazione allegata:

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di (specificare) _____

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs n.196/03 SI NO

Luogo e data della richiesta _____ Firma _____