SCHEDA DI ACCESSO
AL SISTEMA DI SERVIZI SOCIO-SANITARI
A GESTIONE INTEGRATA E COMPARTECIPATA

Set minimo per scheda di accesso segretariato sociale

PROPOSTA DI ACCESSO

A.S.P. RC 5 A.S.L. DI LOCRI DISTRETTO SUD

AMBITO TERRITORIALE COMUNE DI SAN LUCA

Data scheda _____

Codice identificativo (generato dal sistema informativo sociale e sanitario)_____

PORTA UNICA D'ACCESSO	
Unità Operativa Distrettuale	
Servizi Sociali/Segretariato Sociale	
Altro	
Nominativo operatore	
N. Prot. interno	

SEZIONE DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO	
COGNOME e NOME	
SESSO	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE /S.T.P.	
CITTADINANZA	
STRANIERO TEMPORANEAMENTE PRESENTE	
RESIDENZA	
DOMICILIO (se diverso da residenza)	
Recapiti telefonici	

STATO CIVILE

□ 1= celibe/nubile
□ 2=coniugato/a
□ 3=vedovo/a
□4=Convivente
□ 5=separato/a
□ 6=divorziato/a
□ 7=Non dichiarato

LIVELLO DI ISTRUZIONE	
Nessuno	
Licenza elementare	
Licenza media inferiore	
Diploma di maturita' o equiparato	
Laurea triennale o equipollente	
Laurea magistrale o equipollente	

CONDIZIONE OCCUPAZIONALE	
Non occupato	
Pensionato	
Inabile al lavoro/invalido	
casalinga	
Occupato dipendente	
Occupato precario/ con contratto a termine/l.p.u./l.s.u.	
Lavoratore/trice autonomo/a	
Studente	
altro	

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

□ 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.

Allegati:
□ copia documento in corso di validità di un documento d'identità
□ certificazione I.S.E.E. reddito anno 2013
□ copia certificazione sanitaria conforme all'avviso pubblico
□ copia contratto di locazione registrato o certificazione accensione mutuo
□ dichiarazione sostitutiva stato di famiglia
□ altre dichiarazioni sostitutive per particolari condizioni familiari
□ dichiarazione sostitutiva residenza in aree marginali, contrade, frazioni

Eventuale altra 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 _____ Firma _____

Luogo e data _____

Firma _____