

**SERVIZIO SOCIALE USCA**  
Scheda di Valutazione Sociale

Contatto il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Modalità di contatto:**

- telefonico
- visita domiciliare c/o abitazione pz
- colloquio c/o Hotel Covid
- Altro \_\_\_\_\_ (specificare)

Ai sensi degli art. 13-14 del Regolamento UE 2016/679, l'interessato: (da completare su allegato specifico)

 esprime il consenso  NON esprime il consenso al trattamento dei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati. esprime il consenso  NON esprime il consenso alla comunicazione dei dati personali di enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Assistente Sociale \_\_\_\_\_

N. Scheda (Registro): \_\_\_\_\_

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<b>Sesso</b>	femmina <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/>	<b>Data di nascita</b>	____/____/____
<b>Comune/nazione di nascita</b>	_____	<b>Nazionalità</b>	_____
<b>Cittadinanza</b>	<input type="checkbox"/> italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare): _____		
<b>Stato civile</b>	<input type="checkbox"/> libera/o <input type="checkbox"/> coniugata/o <input type="checkbox"/> separata/o <input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> divorziata/o <input type="checkbox"/> vedova/o <input type="checkbox"/> non specificato		

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Condizione / stato</b>	<input type="checkbox"/> è in isolamento fiduciario <input type="checkbox"/> è CODIV-19 positivo
<b>Iscrizione SSN</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No (codice STP _____)
<b>MMG, PDLS</b>	Cognome _____ Nome _____ Recapiti _____
<b>Protezione giuridica</b>	<input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Curatore <input type="checkbox"/> Amministratore Sostegno Riferimenti _____

<b>Composizione Nucleo Familiare</b>	
<b>Cognome e Nome</b>	

Abitazione/ recapito			
CASA DI ABITAZIONE	<input type="checkbox"/> Casa di proprietà	<input type="checkbox"/> Affitto da Ente pubblico	<input type="checkbox"/> Affitto da privato
	<input type="checkbox"/> Privo di abitazione	<input type="checkbox"/> ospite presso _____	<input type="checkbox"/> Altro _____
	<input type="checkbox"/> Senza fissa dimora	Note _____	
<b>Residenza</b>	Comune _____		indirizzo _____
	Tel/cell: _____		e-mail _____ Possibilità di connessione ad Internet <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
<b>Domicilio</b>	<input type="checkbox"/> come residenza <input type="checkbox"/> altro _____		

<b>Regolare (se extra UE):</b>	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
<b>Perm. di soggiorno</b>	motivo _____	Scadenza ____/____/____
<b>Conoscenza della lingua Italiana</b>	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Situazione familiare				
<input type="checkbox"/> Da solo	<input type="checkbox"/> in nucleo con coniuge /partner	<input type="checkbox"/> in nucleo con propri familiari o parenti	<input type="checkbox"/> in unità di offerta residenziale/semiresidenziale	<input type="checkbox"/> altro
<b>Presenza nel nucleo di soggetti fragili:</b>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> minori <input type="checkbox"/> anziani <input type="checkbox"/> persone con disabilità/invalidità <input type="checkbox"/> donna in gravidanza		

Condizione economico/lavorativa				
<input type="checkbox"/> occupata/o	<input type="checkbox"/> disoccupata/o	<input type="checkbox"/> inoccupata/o	<input type="checkbox"/> inabile totale/parziale	
<input type="checkbox"/> casalinga/o	<input type="checkbox"/> studente	<input type="checkbox"/> pensionata/o	<input type="checkbox"/> precario / tiroc. / b.lav	
ISEE in corso di validità: <input type="checkbox"/> sì, valore € _____ <input type="checkbox"/> no		Persona/famiglia in carico al Reddito di Cittadinanza <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> no  Persona/famiglia beneficiarie Reddito di Emergenza (REM) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> no		
Grave situazione di indigenza <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Note _____		

STATO DI SALUTE, BISOGNI DI CURA E FUNZIONAMENTI	
<b>STATO DI SALUTE</b>	<input type="checkbox"/> Patologie lievi e temporanee <input type="checkbox"/> Patologie oncologiche/terminali <input type="checkbox"/> Patologie croniche/degenerative <input type="checkbox"/> Disagio psicologici /comportamentali <input type="checkbox"/> Disagio psichiatrico (diagnosi certificata) <input type="checkbox"/> Disabilità gravissima o grave certificata B1 <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No B2 <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Disabilità in corso di certificazione <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ <input type="checkbox"/> Nessun problema di salute
<b>BISOGNI DI CURA E FUNZIONAMENTI SOCIALI</b>	<input type="checkbox"/> Difficoltà organizzative <input type="checkbox"/> Barriere culturali o linguistiche <input type="checkbox"/> Difficoltà di conciliazione o di cura connesse alla mono genitorialità <input type="checkbox"/> Problemi di cura di sé <input type="checkbox"/> Difficoltà legate ad un lutto recente <input type="checkbox"/> Grave conflittualità familiare <input type="checkbox"/> Nessuna criticità particolare

CAREGIVER E CARICO ASSISTENZIALE	
NOMINATIVO _____ RECAPITO _____	<input type="checkbox"/> Parentela _____ Età _____ <input type="checkbox"/> Assistente familiare privato <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Altro (specificare _____)
FATTORI CHE INCIDONO SUL CARICO DEL NUCLEO FAMILIARE	<input type="checkbox"/> Presenza anziano con compromissione funzionale o di minore <input type="checkbox"/> Disabilità/o invalidità a carico dei componenti del nucleo familiare <input type="checkbox"/> Dipendenze accertate a carico di un componente del nucleo familiare <input type="checkbox"/> Patologia psichiatrica di un componente del nucleo <input type="checkbox"/> Provvedimenti di restrizione della libertà dei membri del nucleo
RETE DI SUPPORTO INFORMALE	<input type="checkbox"/> Rete funzionale (sufficientemente ampia; presenza soddisfacente di scambi di supporto e di reciprocità; relazioni significative) <input type="checkbox"/> Rete disfunzionale (ristretta; presenza insufficiente di scambi di supporto e di reciprocità; relazioni poco significative) <input type="checkbox"/> Rete da potenziare
TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	<input type="checkbox"/> Assistenza alla persona h 24/24 <input type="checkbox"/> Tempo Pieno (minimo 7 ore die) <input type="checkbox"/> Tempo parziale (inferiore 7 ore die)
STATO CAREGIVER	<input type="checkbox"/> Stress acuto <input type="checkbox"/> Evento acuto che ne compromette le funzioni <input type="checkbox"/> Assenza temporanea

RETE DEI SERVIZI	
<input type="checkbox"/> Presa in carico SERVIZIO SOCIALE COMUNALE/AMBITO TERRITORIALE Assistente sociale _____ Recapiti _____	
<input type="checkbox"/> Presa in carico SERVIZIO SOCIOSANITARIO/SPECIALISTICO Specificare _____ Medico specialista _____ Assistente Sociale _____ Recapiti _____	
SERVIZI GIA' ATTIVI	
SERVIZI PER DOMICILIARITA'	<input type="checkbox"/> Sì, SPECIFICARE: _____ <input type="checkbox"/> No _____
SERVIZI SEMIRESIDENZIALI	<input type="checkbox"/> Sì, SPECIFICARE: _____ <input type="checkbox"/> No _____
SERVIZI RESIDENZIALI	<input type="checkbox"/> Sì, SPECIFICARE: _____ <input type="checkbox"/> No _____

ESITO	
Rilevata necessità di sostegno:	<input type="checkbox"/> Sì, SPECIFICARE le aree: _____ <input type="checkbox"/> No _____
<input type="checkbox"/> Sociosanitaria	_____
<input type="checkbox"/> Consulenziale/informativa	_____
<input type="checkbox"/> Socio-assistenziale	_____
<input type="checkbox"/> Socio-relazionale	_____
<input type="checkbox"/> Abitativa	_____
<input type="checkbox"/> Economica	_____

