



SCHEDA UNICA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIALI E SANITARI

Data scheda _____

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

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

M 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 _____

<input type="checkbox"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE	<input type="checkbox"/> 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 Strutt. 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 cronicodegenerative 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
- Bisogno complesso
- Caso urgente
- Sociale
- Sanitario

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 _____