



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**

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------