

AZIENDA CONSORTILE DEI SERVIZI SOCIALI A.C.C.C. Ambito N19
Ufficio Di Piano Via Don Luigi Sturzo N°12 - 80021 Afragola (Na)
REGIONE CAMPANIA
C.F. 09561061210
PEC: aziendaconsortileaccc@pec.it
Email: aziendaconsortileaccc@gmail.com

Scheda di "Accesso"

DATA DI COMPILAZIONE: ___/___/___ OPERATORE: _____

Sede sportello Afragola Caivano Cardito Crispano

Sez. A) DATI DEL RICHIEDENTE (compilare solo se non coincide con il destinatario)

<p style="text-align: center;">O Familiare/Vicinato Relazione rispetto all'utente</p> <p><input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Genero/Nuora <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Nipote <input type="radio"/> Fratello/Sorella <input type="radio"/> Cugino/a <input type="radio"/> Figlio/Figlia <input type="radio"/> Famiglia affidataria <input type="radio"/> Nonno/a <input type="radio"/> Amico/a <input type="radio"/> Zio/a <input type="radio"/> Vicino <input type="radio"/> Coniuge <input type="radio"/> Tutore <input type="radio"/> Convivente <input type="radio"/> Amministratore di sostegno <input type="radio"/> Cognato/a <input type="radio"/> Suocero/a <input type="radio"/> Altro <input type="radio"/> _____</p>	<p style="text-align: center;">O Ente Denominazione</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> ASL – Distretto Sanitario <input type="radio"/> MMG <input type="radio"/> PLS <input type="radio"/> Segretariato Sociale <input type="radio"/> Servizi Sociali del Comune <input type="radio"/> Centro giustizia minorile <input type="radio"/> Tribunale <input type="radio"/> Procura <input type="radio"/> Parrocchia <input type="radio"/> Associazioni di volontariato <input type="radio"/> Altri soggetti del terzo settore <input type="radio"/> Istituzione Scolastica <input type="radio"/> Forze dell'ordine <input type="radio"/> Altro</p>	<p style="text-align: center;">O Utente</p> <p>(contrassegnare se è l'utente ad effettuare la richiesta)</p>
--	--	---

Cognome _____ Nome _____
 Comune di residenza _____ Indirizzo _____ n. _____
 Recapito Telefonico (tel/cell) _____

Sez. B) DATI DEL DESTINATARIO

Utente già in carico

SI **Servizi sociali** (specificare) _____
 NO **Servizi sanitari** (specificare) _____

Cognome _____ Nome _____
 Luogo di nascita _____ Data di nascita ___/___/___
 Codice fiscale _____ Sesso M O F O
 Comune di residenza _____ indirizzo _____ n. _____
 Comune di domicilio (indicare solo se diverso dalla residenza)
 Indirizzo _____ n. _____
 Recapito Telefonico (tel/cell) _____
 Istruzione: _____
 Condizione lavorativa: _____

Invalidità Civile Indennità di Accompagnamento

Cittadinanza Italiana Comunitaria (specificare nazione) _____
 Apolide Extracomunitario (specificare nazione) _____

Stato Civile

- Celibe/Nubile
- Coniugato/a
- Separato/a
- Divorziato/a
- Vedovo/a
- Convivente
- Non dichiarato

Sez. C)

MOTIVO DELL RICHIESTA ESPRESSA

- Informazioni
- Sez. C1)** Orientamento ai servizi
- Consegna/ritiro documentazione/modulistica
- Supporto alla compilazione/documentazione/modulistica

- Adozione (nazionale o internazionale)
- Maltrattamenti continuati / abuso / violenza
- Comportamenti devianti e/o potenzialmente pericolosi
- Disagio minorile
- Insufficienza/inadeguatezza mobilità territoriale
- Provvedimento giudiziario
- Condizioni di salute
- Disagio abitativo
- Disagio economico
- Dipendenza (alcol, droga, gioco d'azzardo, etc.)
- Stato di isolamento/esclusione sociale

- Sez. C2)** Evasione / dispersione scolastica prima dell'assolvimento dell'obbligo
- Difficoltà nell'espletamento della funzione genitoriale
- Mancanza / scarsa autonomia nella cura della casa e della persona
- 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 _____

Sez. D) Bisogno rilevato dall'operatore

Caso urgente

- SI
- NO

Tipo:

- Bisogno semplice sociale
 Bisogno semplice sanitario
 Bisogno complesso (specificare) Sociale Socio-Sanitario Sanitario

Medico

Medico di Medicina Generale Pediatra di Libera Scelta

ASL _____

Distretto _____

Cognome _____ Nome _____

Orientamento ai servizi:

- Servizio integrato/attivazione U.V.I.
 Servizi sociali

Area di intervento:

- Contrasto alla povertà
 Dipendenze
 Disabile
 Disagio psichico
 Immigrazione
 Infanzia e adolescenza
 Interventi per il sostegno alle donne in difficoltà
 Persone anziane
 Persone detenute, internate e prive della libertà personale
 Responsabilità familiare
 Salute mentale

Richiesta espressa dall'utente:

- Assistenza domiciliare Ricovero in strutt. residenziale Ricovero in strutt. Semiresidenziale
 Contributo economico Altro (specificare) _____

Si allega la seguente documentazione:

1. _____

2. _____

3. _____

Firma operatore _____

Autorizzazione ai sensi Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Il/la sottoscritto/a _____, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs 196/2003, conferisce il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali e sensibili, ai fini della realizzazione delle azioni stabilite dalla Lg. 328/00 e/o degli interventi sociali competenti e socio-sanitario.

Luogo e Data _____

Firma _____

** Allegare copia del documento di riconoscimento dell'utente, in corso di validità, o indicarne gli estremi.*

Nota a cura dell'operatore (non deve essere stampata)
