



Allegato n°1

Sezione sociale

Questa sezione è a cura del **FUTURO OSPITE** o del **FAMILIARE** o dell'**assistente sociale***

ANAMNESI SOCIALE

Aspetti socio-abitativi

Del/della Sig./Sig.ra _____ Data di Nascita _____

MOTIVAZIONI ALLA RICHIESTA DI AMMISSIONE

- ☐ perdita dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana
- ☐ problemi sanitari non gestibili al domicilio
- ☐ problemi socio-ambientali _____
- ☐ problematiche strutturali abitative

PARERE DEL PAZIENTE NEI CONFRONTI DELL'AMMISSIONE IN FONDAZIONE

- ☐ Esprime volontà di ricovero
- ☐ Accetta la proposta
- ☐ Rifiuta la proposta
- ☐ Non è in grado di comprendere la proposta
- ☐ Non informato
- ☐ Indifferente
- ☐ Altro _____

1. Aspetti Sociali

- 1.1. Il futuro ospite è invalido civile? ☐ Sì ☐ No
Se No ha inoltrato la domanda di invalidità? _____ e in quale data _____
- 1.2. È titolare di Assegno di Accompagnamento ☐ Sì ☐ No
- 1.3. È titolare di Buono Socio-Sanitario ☐ Sì ☐ No
- 1.4. Il futuro ospite è coadiuvato nello svolgimento delle proprie attività dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD – CDOM – MISURA RSA APERTA M4)?
☐ Sì ☐ No Se sì specificare la tipologia di servizi:

- 1.5. Il principale fornitore di assistenza è (indicare grado di parentela ed indirizzo)

- 1.6. Eventuali precedenti ricoveri in Case di Riposo (dove e quando)

- 1.7. Le notizie sopra riportate sono fornite da (indicare parentela o relazione con l'utente, indirizzo e n° di telefono).



FONDAZIONE I.R. FALCK E.T.S.
CENTRO SERVIZI SOCIO-SANITARI-ASSISTENZIALI
Via I.R. Falck, 5 - 25079 VOBARNO (BS)
P.IVA 00726650989 Cod. Fisc. 87002670179
Telefono 0365 - 61102
e-mail segreteria@fondazionefalck.it
PEC segreteriafalck@pec-center.netregister.it
sito web www.fondazionefalck.it

2. Convivenza

- 2.1. La persona vive con ☐ coniuge ☐ figlio/a ☐ solo/a ☐ altro _____
- 2.2. Attualmente si trova presso ☐ il proprio domicilio ☐ i propri famigliari ☐ Istituto di Riabilitazione
☐ altra RSA _____ ☐ Ospedale _____ ☐ Altro _____
- 2.3. La persona ha negli ultimi anni cambiato la propria residenza? Se Sì, indicare presso chi, quando si è trasferita e le motivazioni

RILEVAZIONE ALTRI DATI

GRADO D'ISTRUZIONE

- | | |
|--|---|
| ☐ Nessun titolo di studio/analfabeta | ☐ Licenza elementare |
| ☐ Licenza scuola media inferiore/avviamento | ☐ Scuola professionale |
| ☐ Diploma scuola superiore | ☐ Laurea |

POSIZIONE NELLA PROFESSIONE AL MOMENTO DELL'INGRESSO

- ☐ Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – CASALINGA
- ☐ Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - PENSIONATO
- ☐ Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – INVALIDO/INABILE (anche se pensionato)
- ☐ Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – DISOCCUPATO
- ☐ Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – ALTRO
- ☐ Non ha mai svolto un lavoro retribuito - CASALINGA (anche se pensionata)
- ☐ Non ha mai svolto un lavoro retribuito – INVALIDO/INABILE
- ☐ Non ha mai svolto un lavoro retribuito – ALTRO
- ☐ Svolge un lavoro retribuito (specificare) _____

SITUAZIONE PENSIONISTICA

- | | |
|---|---|
| ☐ Nessuna pensione | ☐ Anzianità/Vecchiaia |
| ☐ Sociale | ☐ Tipologia speciale (guerra/infermità, INAIL, ecc.) |
| ☐ Reversibilità | ☐ Invalidità |

Firma dell'Ospite/Familiare/Assistente Sociale*

* NOTA IN CASO DI COMPILAZIONE DA PARTE DEI SERVIZI SOCIALI:

La presenza di situazione sociale critica (difficoltà economiche, assenza supporto familiare, ecc) deve essere certificata dal Comune di Residenza con dettagliata relazione che non può essere sostituita dall'allegato 1.