

## Allegato n°1

## Sezione sociale

Questa sezione è a cura del **futuro Ospite o del familiare, con l'assistente sociale** (se utente di SAD o ADI).

## ANAMNESI SOCIALE

### Aspetti socio-abitativi

Del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

## 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
- ☐ Altro

## 1. Aspetti Sociali

- 1.1. È titolare di Buono Socio-Sanitario Sì ☐ No ☐
- 1.2. È titolare di Assegno di Accompagnamento Sì ☐ No ☐
- 1.3. La persona per la quale è stata inoltrata la domanda di ingresso in RSA, è coadiuvata nello svolgimento delle proprie attività dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD o ADI)?

☐ SI                      ☐ NO

Se SI, si prega di far compilare la presente relazione all'assistente sociale; in caso contrario può essere compilata dal parente di riferimento o dallo stesso Ospite, con il Medico Curante.

- 1.4. Il futuro ospite è invalido civile? ☐ SI ☐ NO  
Se NO ha inoltrato la domanda di invalidità? e in quale data

- 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)



**FONDAZIONE I.R. FALCK ONLUS**  
**CENTRO SERVIZI SOCIO-SANITARI-ASSISTENZIALI**

Via I.R. Falck, 5 - 25079 VOBARNO (BS)

Tel. 0365 61102 - Fax 0365 1590219

e-mail: [segreteria@fondazionefalck.it](mailto:segreteria@fondazionefalck.it)

sito web: [www.fondazionefalck.it](http://www.fondazionefalck.it)

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

## 2. Convivenza

- 2.1. La persona vive con: ☐ coniuge ☐ figlio/a ☐ solo/a ☐ altro \_\_\_\_\_

- 2.2. La persona ha negli ultimi anni cambiato la propria residenza? Se SI, indicare presso chi e quando si è trasferita e le motivazioni:
- 
- 

### RILEVAZIONE ALTRI DATI

	POSIZIONE NELLA PROFESSIONE AL MOMENTO DELL'INGRESSO
	Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - CASALINGA (che ha svolto un lavoro retribuito)
	Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - PENSIONATO (che ha lavorato)
	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 (che NON ha MAI svolto un lavoro retribuito, anche se in pensione)
	Non ha mai svolto un lavoro retribuito - INVALIDO - INABILE (che NON ha MAI svolto un lavoro retribuito)
	Non ha mai svolto un lavoro retribuito - ALTRO

	SITUAZIONE PENSIONISTICA
	NESSUNA PENSIONE
	ANZIANITA'/VECCHIAIA
	SOCIALE
	TIPOLOGIA SPECIALE (guerra, INAIL, ecc.)
	REVERSIBILITA'
	INVALIDITA'

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.