

TIMBRO  
REPARTO

DATA: \_\_\_\_\_

## SCHEDA C.R.A.R.L. SOCIALE

L'invio al servizio sociale deve essere effettuato nel caso venga risposto "NO" ai punti 1 e/o 2

NOME: _____	COGNOME _____
LUOGO E DATA DI NASCITA: _____	
RESIDENZA: _____	VIA: _____
MUNICIPIO: _____	TELEFONO: _____
TITOLO DI STUDIO: _____	
DATA ACCOGLIENZA: _____	

NOME E COGNOME DEL COMPILATORE: \_\_\_\_\_

- |   |                             |                                   |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1. AUTONOMIA ABITATIVA:<br>(se attualmente ha un alloggio in cui stare)   |                             | <input type="checkbox"/> SI       | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. AUTONOMIA ECONOMICA:<br>(Se percepisce un'entrata soddisfacente ai<br>bisogni primari)                               |                             | <input type="checkbox"/> SI       | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. PERCEPISCE PENSIONE<br>D'INVALIDITA'?  | Se                          | <input type="checkbox"/> SI       | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. RETE DI SUPPORTO FORMALE:<br>(Se ha avuto contatti con servizi sociali,<br>DSM, Ser.T, servizi territoriali, ecc...) |                             | <input type="checkbox"/> SI       | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. ASPETTO/CURA:  |                             | <input type="checkbox"/> SI       | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. AUTONOMIA FISICA:  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> parziale | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. AUTONOMIA PSICHICA:  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> parziale | <input type="checkbox"/> NO |

Ha risposto il paziente

Hanno risposto parenti/altre figure

Note: \_\_\_\_\_