

## UFFICIO DI PIANO AMBITO TERRITORIALE N 19

(Comuni di Afragola - Caivano - Cardito - Crispano ASL Na3 Nord)

Via Don Luigi Sturo n.12, 80021 Afragola (NA) tel - fax 081 8529619

**"Sistema Informativo Sociale"**

# ***Scheda di "Accesso"***



Invalidità Civile  Indennità di Accompagnamento

Cittadinanza  italiana  comunitaria (specificare nazione  \_\_\_\_\_)  
 apolide  extracomunitario (specificare nazione \_\_\_\_\_)

**Stato Civile**

- Celibe/Nubile (selezione a cura dell'ufficio, non compilare)  
 Coniugato/a  
 Separato/a  
 Divorziato/a  
 Vedovo/a  
 Convivente  
 Non dichiarato

**Sez. C)****MOTIVO DELL RICHIESTA ESPRESSA**

- Sez. C1)**
- Informazioni
  - Orientamento ai servizi
  - Consegna/ritiro documentazione/modulistica
  - Supporto alla compilazione/documentazione/modulistica
- Sez. C2)**
- Affidamento (giudiziale o consensuale)
  - 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
  - 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 \_\_\_\_\_

**Bisogno rilevato dall'operatore****Caso urgente**

- SI  
 NO

**Tipo:** (compilazione a cura dell'Ufficio preposto)

- 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** (compilazione a cura dell'Ufficio preposto)

- 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

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 \_\_\_\_\_

\* 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)

---

---

---

---