



COMUNE DI GARBAGNATE MILANESE

SETTORE SERVIZI SOCIALI

Centro Polifunzionale Ca' del Di

Centro Diurno Integrato per Anziani

Autorizzazione al funzionamento n.539 del 20 dicembre 2005

SEZIONE SOCIALE

di

.....

Compilata dall'Assistente Sociale

del Comune di

data



Centro Polifunzionale Ca' del Di - Centro Diurno Integrato
Via Bolzano, 22 Garbagnate Milanese Tel. 02 78618601 fax 02 99028173
E-mail: cadeldi@comune.garbagnate-milanese.mi.it

DATI ANAGRAFICI

Cognome:

Nome:

nato a:

prov:

il:

residente a:

Via:

n.

tel:

STATO CIVILE

celibe/nubile

coniugato/a

vedovo/a

separato/a

SITUAZIONE FAMILIARE

Ha avuto figli: si no

se si quanti:

Tabella 1 - ISTRUZIONE

nessun titolo

avviamento

terza elementare

diploma maturità

licenza elementare

laurea

Licenza media

altro

Tabella 2 - ATTIVITA' LAVORATIVA (precedente la pensione)

operaio

insegnante

artigiano

Libero professionista

impiegato

agricoltore

dirigente

casalinga

imprenditore

altro

Settore _____

Età _____

pensionamento _____

CONTESTO RELAZIONALE

Tabella 3 - Nucleo di convivenza

Cognome	Nome	Parentela	Età	Lavora	Presenza in casa dalle alle:

Tabella 4- Familiari non conviventi

Cognome	Nome	Parentela	Età	Residenza	Via	telefono

Con quale frequenza incontra:

- familiari e chi in particolare: _____
- Amici e chi sono i più cari: _____
- Vicini di casa: _____
- Altro: _____

CONTESTO ABITATIVO

Dove:

abitazione di proprietà in affitto in usufrutto a titolo gratuito

L'alloggio è situato:

vicino a quello dei familiari presso i familiari

con camera propria: si no

Tipologia del fabbricato:

condominio villetta corte

presenta barriere architettoniche: si no

se si quali:

Tabella 5 - barriere architettoniche

ascensore

si no

Servizi igienici

si no

Locali idonei all'uso di ausili

si no

Telefono

si no

Telesoccorso

si no

Elettrodomestici indispensabili

si no

riscaldamento

si no

Valutazione contesto abitativo:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CATEGORIA DI PENSIONE PERCEPITA

Pensione propria

Pensione di reversibilità

Invaldità e % _____

Indennità d'accompagnamento

ALTRE PRESTAZIONI

Tabella 6 - Tabella prestazioni

buono sociale

si no

Voucher sociale

si no

SAD

si no

Buono socio sanitario

si no

ADI

si no

Legge 104/91

si no

handicap

si no

handicap grave

si no

CAPACITA' DI AGIRE

si no

Tabella 7 - Tipologia di tutela

Se no:

interdizione

si no

inabilitazione

si no

Amministrazione provvisoria

si no

Amministrazione di sostegno

si no

Valutazione contesto economico:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATA

.....

l'Assistente Sociale

.....