

**SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE**

1

Cognome Dell'interessato _____ Nome _____
Attualmente L'interessato è: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> In Altra Struttura: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____
L'interessato Beneficia Della Nomina Di: <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Curatore <input type="checkbox"/> Amministratore Di Sostegno <input type="checkbox"/> Ha In Corso La Pratica Di Nomina Di: _____ <input type="checkbox"/> Consegnata Informativa Per L'amministratore Di Sostegno <b>** in caso di Nomina Allegare la Documentazione Relativa</b>
Condizioni Pensionistiche: <input type="checkbox"/> Tipo Di Pensione: (Reversibilità, Vecchiaia, Sociale, Senza Pensione, Altro) _____ <input type="checkbox"/> Tipo Di Invalidita': _____ % Invalidita': _____ Pratica In Corso _____ <input type="checkbox"/> Indennita' Di Accompagnamento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Esenzione Ticket Sanitario (codice) _____ <input type="checkbox"/> Casa Di Abitazione Di Proprieta' <input type="checkbox"/> In Affitto

### Composizione Del Nucleo Familiare

Stato Civile: _____
Vedovo/A Dal _____
Nome Del Coniuge _____
Il Coniuge E' Titolare Di Pensione (tipologia) _____
Vive In Casa Di Proprieta' <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
N° Figli: <b>Maschi</b> _____ <b>Viventi</b> _____ <b>Conviventi</b> _____
N° Figli : <b>Femmine</b> _____ <b>Viventi</b> _____ <b>Conviventi</b> _____

Iniziativa Della Domanda:

- Utente Stesso
- Familiari
- Medico Di Assistenza Primaria
- Assistente Sociale

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Nome e Cognome di chi compila la richiesta \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_