

	Codice pratica											<b>MODD C1</b> Rev. 1 del 13/11/2019 Pag. 1 a 2
	<b>DATI SOCIO ECONOMICI PER LA VALUTAZIONE SOCIALE</b>											
Allegato al "MODD A 2" - Domanda di Ammissione in Struttura Residenziale Permanente (R.S.A. mantenimento - R.P.)												

Il/la sottoscritto/a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

- In nome proprio**  
 **In qualità di:**     Tutore     Curatore     Amministratore di Sostegno     Legale Rappresentante

[consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli art. 75-76 DPR 445/2000 dichiara, sotto la propria responsabilità, che i dati forniti sono veritieri e completi, impegnandosi a comunicarne ogni eventuale futura variazione]

**DICHIARA CHE:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_  
 Titolo di studio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**► SITUAZIONE ECONOMICA:**

- titolare di assegno di accompagnamento     titolare del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA)  
 ISEE euro \_\_\_\_\_ (valido fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)     ISEE non conosciuto

**► PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI** (ai sensi dell'art. 433 e segg. del Codice Civile):

- coniuge     figli n. \_\_\_\_     fratelli/sorelle n. \_\_\_\_     nipoti n. \_\_\_\_     senza parenti

COGNOME E NOME DEI FIGLI	1) _____	2) _____
	3) _____	4) _____
COGNOME E NOME DEI NIPOTI	1) _____	2) _____
	3) _____	4) _____

**► DOVE VIVE NORMALMENTE** (escluse le soluzioni temporanee o provvisorie. Barrare una sola casella):

- in casa     in appartamento protetto / struttura non idonea     in struttura residenziale  
 in sistemazione precaria (ad es. in albergo)     senza dimora

**► CON CHI VIVE:**

- solo     con persone non familiari (conviventi non a pagamento): conviventi n. \_\_\_\_  
 in coppia (coniuge o convivente)     in famiglia (coniuge e figli, sorelle ecc.: conviventi n. \_\_\_\_

**► PROBLEMI SOCIO-SANITARI DEI CONVIVENTI:**

- non presenti o non rilevabili     mancanza di autonomia dei conviventi  
 problemi di natura comportamentale (conflittualità, alcolismo, dipendenza, salute mentale)

**Asl2**

Sistema Sanitario Regione Liguria

Dipartimento Cure Primarie

Codice pratica

**DATI SOCIO ECONOMICI PER  
LA VALUTAZIONE SOCIALE**Allegato al "MODD A 2" - Domanda di Ammissione  
in Struttura Residenziale Permanente  
(R.S.A. mantenimento - R.P.)**MODD C1**Rev. 1  
del 13/11/2019  
Pag. 2 a 2**► PERIODICITÀ DELL'ASSISTENZA DA PARTE DI FAMILIARI O CONOSCENTI:**

- nessuna  1 - 2 gg. alla settimana  3 - 4 gg. alla settimana  
 5 - 6 gg. alla settimana  7 gg. alla settimana

**► TRA I FAMILIARI E/O CONOSCENTI SU CUI PUÒ CONTARE, DOVE ABITA LA PERSONA CHE L'AIUTA IN MODO PIÙ CONSISTENTE? (barrare una sola risposta):**

- convivente  nello stesso edificio  entro 15 minuti  
 entro 30 minuti  entro un'ora  oltre un'ora

**CONDIZIONI ABITATIVE (SOLO SE VIVE IN CASA):****► DISLOCAZIONE SUL TERRITORIO:**

- servita (farmacie, poliambulatori, negozi, trasporti)  poco servita  isolata

**► CARATTERISTICHE DELL'ABITAZIONE:**

- presenti tutti i servizi principali (wc, riscaldamento, ascensore, ecc.)  
 ne mancano alcuni:  servizi igienici (wc)  riscaldamento  ascensore  
 l'abitazione presenta barriere architettoniche:  esterne  interne  
 insalubrità accertata  altro:

**► TIPO DI ABITAZIONE:**

- casa di proprietà  casa in coabitazione  casa in affitto  sfratto/sgombero

**► INTERVENTI E SERVIZI:**

**Attualmente è assistito/a a domicilio da badante e/o attraverso altre forme di assistenza domiciliare?**  
 (privata, del comune, di cooperativa, FRNA, collaboratrice domestica, ecc., barrare una sola risposta):

- NO  SI: per n. \_\_\_\_ ore al giorno (indicare numero medio di ore), per n. \_\_\_\_ giorni alla settimana

Nota: per FRNA (FONDO REGIONALE NON AUTOSUFFICIENZA) aggiungere 2 ore al giorno per 7 giorni alla settimana.

**Frequenta un Centro Diurno?**

- NO  SI: per n. \_\_\_\_ ore al giorno (indicare numero medio di ore), per n. \_\_\_\_ giorni alla settimana

NOTE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

*Questo documento è di proprietà dell'ASL 2 Sistema Sanitario Regione Liguria.*

*Ogni riproduzione, se non autorizzata esplicitamente dalla Direzione Generale o suo delegato, è vietata.*