

Centro di Ascolto \_\_\_\_\_

<b>Dati anagrafici</b>		<b>Aggiorna i dati</b> <b>Annulla</b>
Nominativo	<input type="text"/>	
Codice Fiscale	<input type="text"/>	
Genere	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Data di nascita	<input type="text"/>	
Luogo di nascita	<input type="text"/>	
	Provincia :	<input type="text"/>
Nazionalità	<input type="text"/>	
Documento identità	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	

<b>Procedura di presa in carico</b>			<b>Conferma e salva i dati</b>
Titolare inviato da :	<input type="text"/>	Altro :	<input type="text"/>
Presa in carico dal	<input type="text"/>	Pratica :	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Accompagnamento specifico
Sintesi delle problematiche evidenziate:			
<input type="checkbox"/> Problematiche abitative	<input type="checkbox"/> Detenzione e giustizia		
<input type="checkbox"/> Dipendenze	<input type="checkbox"/> Problemi familiari		
<input type="checkbox"/> Handicap/Disabilità	<input type="checkbox"/> Bisogni di migrazione/immigrazione		
<input type="checkbox"/> Problemi di Istruzione	<input type="checkbox"/> Problemi di occupazione/lavoro		
<input type="checkbox"/> Povertà/problemi economici	<input type="checkbox"/> Problemi di salute		
<input type="checkbox"/> Altri problemi			
Note :	<input type="text"/>		
Annotazioni di carattere generale sulla persona o sulla famiglia			
<input type="text"/>			

DATA E OPERATORE \_\_\_\_\_

NOMINATIVO TITOLARE \_\_\_\_\_

## RACCOLTA DATI COLLOQUIO - SCHEDA BASE

Informazioni di carattere generale	
Stato civile titolare	<input type="text"/>
Famiglia monocomponente	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Valore ISEE famiglia	<input type="text"/> - data scadenza : <input type="text"/>
Colloquio effettuato da	<input type="text"/> in data <input type="text"/>

Residenza - Contatti - Riferimenti	
SENZA FISSA DIMORA	<input type="checkbox"/>
<b>RESIDENZA</b>	
Comune	<input type="text"/> CAP urbano ( <i>Es. Torino, Roma, ecc.</i> ) : <input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
<b>DOMICILIO</b>	
Comune	<input type="text"/> CAP urbano ( <i>Es. Torino, Roma, ecc.</i> ) : <input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
RECAPITI TELEFONICI	<input type="text"/>
PARROCCHIA PROVENIENZA	<input type="text"/>
ALTRO RIFERIMENTO	<input type="text"/>

DATA E OPERATORE \_\_\_\_\_

NOMINATIVO TITOLARE \_\_\_\_\_

**NUCLEO FAMILIARE**

Nominativo***	<input type="text"/>	Codice Fiscale	<input type="text"/>
Genere	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Data di nascita***	<input type="text"/>
Stato e luogo nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Disabilità documentata	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No		
Vive in casa	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	Presente su stato di famiglia:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No

<input type="checkbox"/> Coniuge/Convivente	<input type="checkbox"/> Figlia/o	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Parente	<input type="checkbox"/> Altro/Non parente
---	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--

Nominativo***	<input type="text"/>	Codice Fiscale	<input type="text"/>
Genere	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Data di nascita***	<input type="text"/>
Stato e luogo nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Disabilità documentata	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No		
Vive in casa	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	Presente su stato di famiglia:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No

<input type="checkbox"/> Coniuge/Convivente	<input type="checkbox"/> Figlia/o	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Parente	<input type="checkbox"/> Altro/Non parente
---	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--

Nominativo***	<input type="text"/>	Codice Fiscale	<input type="text"/>
Genere	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Data di nascita***	<input type="text"/>
Stato e luogo nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Disabilità documentata	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No		
Vive in casa	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	Presente su stato di famiglia:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No

<input type="checkbox"/> Coniuge/Convivente	<input type="checkbox"/> Figlia/o	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Parente	<input type="checkbox"/> Altro/Non parente
---	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--

Nominativo***	<input type="text"/>	Codice Fiscale	<input type="text"/>
Genere	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Data di nascita***	<input type="text"/>
Stato e luogo nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Disabilità documentata	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No		
Vive in casa	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	Presente su stato di famiglia:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No

<input type="checkbox"/> Coniuge/Convivente	<input type="checkbox"/> Figlia/o	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Parente	<input type="checkbox"/> Altro/Non parente
---	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--

DATA E OPERATORE \_\_\_\_\_

NOMINATIVO TITOLARE \_\_\_\_\_

**INTERVENTI**

Richieste del [ ] - Colloquio effettuato da [ ]	
in data [ ]	
Quantità : [ ]	Valore € : [ ] Conto economico : [ ] Data scadenza : [ ]
Note: [ ]	

In attesa di decisione  - Accolta  - Parzialmente accolta  - Respinta 

Richieste del [ ] - Colloquio effettuato da [ ]	
in data [ ]	
Quantità : [ ]	Valore € : [ ] Conto economico : [ ] Data scadenza : [ ]
Note: [ ]	

In attesa di decisione  - Accolta  - Parzialmente accolta  - Respinta 

Richieste del [ ] - Colloquio effettuato da [ ]	
in data [ ]	
Quantità : [ ]	Valore € : [ ] Conto economico : [ ] Data scadenza : [ ]
Note: [ ]	

In attesa di decisione  - Accolta  - Parzialmente accolta  - Respinta 

Richieste del [ ] - Colloquio effettuato da [ ]	
in data [ ]	
Quantità : [ ]	Valore € : [ ] Conto economico : [ ] Data scadenza : [ ]
Note: [ ]	

In attesa di decisione  - Accolta  - Parzialmente accolta  - Respinta 

Richieste del [ ] - Colloquio effettuato da [ ]	
in data [ ]	
Quantità : [ ]	Valore € : [ ] Conto economico : [ ] Data scadenza : [ ]
Note: [ ]	

In attesa di decisione  - Accolta  - Parzialmente accolta  - Respinta

## Dimensione ISTRUZIONE/ABILITA' TITOLARE

<b>Livello di istruzione e abilità del titolare</b>	
Titolo di studio	
Attestati di formazione	
Patente di guida	

### Dimensione ISTRUZIONE/ABILITA' approfondimento del Titolare

Possesso auto	Conoscenza base PC e Office
Conoscenza lingue	<div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>
Altre abilità	<div style="background-color: yellow; height: 30px; width: 100%;"></div>

## Dimensione ISTRUZIONE/ABILITA' FAMILIARI

<b>Livello di istruzione e abilità del</b> Familiare _____
Titolo di studio
Attestati di formazione
Patente di guida

### Dimensione ISTRUZIONE/ABILITA' approfondimento FAMILIARI

Possesso auto	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	Conoscenza base PC e Office	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
Conoscenza lingue	<div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>				
Altre abilità	<div style="background-color: yellow; height: 30px; width: 100%;"></div>				

<b>Livello di istruzione e abilità del</b> Familiare _____
Titolo di studio
Attestati di formazione
Patente di guida

Possesso auto	Conoscenza base PC e Office
Conoscenza lingue	<div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>
Altre abilità	<div style="background-color: yellow; height: 30px; width: 100%;"></div>

<b>Livello di istruzione e abilità del</b> Familiare _____
Titolo di studio
Attestati di formazione
Patente di guida

Possesso auto	Conoscenza base PC e Office
Conoscenza lingue	<div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>
Altre abilità	<div style="background-color: yellow; height: 30px; width: 100%;"></div>

## Dimensione LAVORO TITOLARE

Situazione lavorativa del titolare	
Occupazione	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No >
	Copertura previdenziale <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Lavoro svolto attualmente	<input type="text"/>
Note	<input type="text"/>
Ore lavoro settimanali	<input type="radio"/> da 1 a 10 ore <input type="radio"/> da 11 a 20 ore <input checked="" type="radio"/> da 21 a 30 ore <input type="radio"/> oltre 30 ore

### LAVORO approfondimento del Titolare

Possesso auto	Conoscenza base PC e Office
Conoscenza lingue	<input type="text"/>
Altre abilità	<input type="text"/>

## Dimensione LAVORO FAMILIARI

Situazione lavorativa del	
Occupazione	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	Copertura previdenziale <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Lavoro svolto attualmente	<input type="text"/>
Note	<input type="text"/>
Ore lavoro settimanali	<input type="radio"/> da 1 a 10 ore <input type="radio"/> da 11 a 20 ore <input checked="" type="radio"/> da 21 a 30 ore <input type="radio"/> oltre 30 ore

### Dimensione LAVORO approfondimento dei FAMILIARI

Possesso auto	Conoscenza base PC e Office
Conoscenza lingue	<input type="text"/>
Altre abilità	<input type="text"/>

## Dimensione LAVORO FAMILIARI

Situazione lavorativa del	
Occupazione	Copertura previdenziale <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Lavoro svolto attualmente	<input type="text"/>
Note	<input type="text"/>
Ore lavoro settimanali	<input type="radio"/> da 1 a 10 ore <input type="radio"/> da 11 a 20 ore <input checked="" type="radio"/> da 21 a 30 ore <input type="radio"/> oltre 30 ore

### Dimensione LAVORO approfondimento dei FAMILIARI

Possesso auto	Conoscenza base PC e Office
Conoscenza lingue	<input type="text"/>
Altre abilità	<input type="text"/>



## Dimensione Salute TITOLARE

Condizioni di salute del titolare			
Disabilità documentata	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No	% invalidità	<input type="text" value=""/>
Domanda di aggravamento	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No	Indennità di accompagnamento	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No
Ulteriori annotazioni	<input type="text" value=""/>		

## Dimensione salute TITOLARE approfondimento

### Problematiche specifiche e documentate

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dipendenza da alcol                 | <input type="checkbox"/> Dipendenza da droga    | <input type="checkbox"/> Dipendenza da gioco      |
| <input type="checkbox"/> Ha avuto forme di dipendenza        | <input type="checkbox"/> Depressione            | <input type="checkbox"/> Tumore                   |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                           | <input type="checkbox"/> Traumi                 | <input type="checkbox"/> AIDS - Sieropositività   |
| <input type="checkbox"/> Handicap fisico organico sensoriale | <input type="checkbox"/> Handicap psico mentale | <input type="checkbox"/> Malattie cardiovascolari |
| <input type="checkbox"/> Altro                               |   |   |

## Dimensione Salute FAMILIARI

Condizioni di salute del			
Disabilità documentata	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No	% invalidità	<input type="text" value=""/>
Domanda di aggravamento	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No	Indennità di accompagnamento	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No
Ulteriori annotazioni	<input type="text" value=""/>		

## Dimensione salute FAMILIARI approfondimento

### Problematiche specifiche e documentate

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dipendenza da alcol                 | <input type="checkbox"/> Dipendenza da droga    | <input type="checkbox"/> Dipendenza da gioco      |
| <input type="checkbox"/> Ha avuto forme di dipendenza        | <input type="checkbox"/> Depressione            | <input type="checkbox"/> Tumore                   |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                           | <input type="checkbox"/> Traumi                 | <input type="checkbox"/> AIDS - Sieropositività   |
| <input type="checkbox"/> Handicap fisico organico sensoriale | <input type="checkbox"/> Handicap psico mentale | <input type="checkbox"/> Malattie cardiovascolari |
| <input type="checkbox"/> Altro                               |   |   |

## Dimensione Salute FAMILIARI

Condizioni di salute del			
Disabilità documentata	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No	% invalidità	<input type="text" value=""/>
Domanda di aggravamento	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No	Indennità di accompagnamento	<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No
Ulteriori annotazioni	<input type="text" value=""/>		

## Dimensione salute FAMILIARI approfondimento

### Problematiche specifiche e documentate

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dipendenza da alcol                 | <input type="checkbox"/> Dipendenza da droga    | <input type="checkbox"/> Dipendenza da gioco      |
| <input type="checkbox"/> Ha avuto forme di dipendenza        | <input type="checkbox"/> Depressione            | <input type="checkbox"/> Tumore                   |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                           | <input type="checkbox"/> Traumi                 | <input type="checkbox"/> AIDS - Sieropositività   |
| <input type="checkbox"/> Handicap fisico organico sensoriale | <input type="checkbox"/> Handicap psico mentale | <input type="checkbox"/> Malattie cardiovascolari |
| <input type="checkbox"/> Altro                               |   |   |

## Dimensione Alloggiative

Condizioni alloggiative	
Situazione attuale	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; background-color: #ffff00; width: 150px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 0.8em;">Altri particolari</div> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Sovraffollamento  <input type="checkbox"/> Sfratto  <input type="checkbox"/> Presentata domanda di casa popolare  <input type="checkbox"/> Presentata domanda Emergenza Abitativa         </div> </div>
Annotazioni	<div style="border: 1px solid black; background-color: #ffff00; height: 30px;"></div>

## Dimensione Relazione intra-familiari

Relazioni tra i familiari conviventi	
	<input type="radio"/> Nulle <input type="radio"/> Manchevoli <input type="radio"/> Insoddisfacenti <input type="radio"/> Discrete <input type="radio"/> Buone
Annotazioni	<div style="border: 1px solid black; background-color: #ffff00; height: 30px;"></div>

## Dimensione Relazione approfondimento

Approfondimento sulle relazioni della famiglia	
Relazioni amicali	<input type="radio"/> Nulle <input type="radio"/> Manchevoli <input type="radio"/> Insoddisfacenti <input type="radio"/> Discrete <input type="radio"/> Buone
In famiglia si frequentano gruppi di socializzazione (sportivi, ricreativi, di volontariato)	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Relazioni con la famiglia di origine	<input type="radio"/> Nulle <input type="radio"/> Manchevoli <input type="radio"/> Insoddisfacenti <input type="radio"/> Discrete <input type="radio"/> Buone
La famiglia di origine interviene economicamente in aiuto?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Poco <input type="radio"/> Abbastanza <input type="radio"/> Sì
La famiglia di origine dà supporto attraverso azioni di aiuto nella vita quotidiana?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Poco <input type="radio"/> Abbastanza <input type="radio"/> Sì
Annotazioni	<div style="border: 1px solid black; background-color: #ffff00; height: 30px;"></div>

## Dimensione Rete

Rete di SERVIZI PUBBLICI		
Categoria servizio	Stato e componente nucleo***	Riferimenti e annotazioni
SERVIZI SOCIALI	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
SERVIZI PER LA CASA	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Ser.T.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
CSM	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Altri servizi ASL	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
SERVIZI OSPEDALIERI	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
UEPE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Rete di SERVIZI PRIVATO SOCIALE		
Descrizione servizio***	Stato e componente nucleo***	Riferimenti e annotazioni
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Coinvolgimento in PROGETTI DI ACCOMPAGNAMENTO		
Denominazione progetto***	Componente nucleo***	Riferimenti e annotazioni
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>