

**DI STRETTO DI LUI NO - UFFICIO DI PIANO**  
**RELAZIONE SOCIO-AMBIENTALE PER**  
**RICOVERO TEMPORANEO DI SOLLEVO**

**Operatore sociale di riferimento:** \_\_\_\_\_

**Ricoverando/a:** \_\_\_\_\_

<b>Titolare di invalidità civile:</b>	SI	NO
Se sì: indicare la percentuale: _____		
Se no: ha presentato istanza per ottenerla:	SI	NO
<b>Percettore di indennità di accompagnamento:</b>	SI	NO
Se no: ha presentato istanza per ottenerla:	SI	NO

**Situazione abitativa:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Condizione economica del ricoverando/a e dei componenti del nucleo familiare:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Composizione familiare del ricoverando/a:**

➤ Sig/sig.ra \_\_\_\_\_  
    Grado di parentela/convivenza: \_\_\_\_\_

➤ Sig/sig.ra \_\_\_\_\_  
    Grado di parentela/convivenza: \_\_\_\_\_

➤ Sig/sig.ra \_\_\_\_\_  
    Grado di parentela/convivenza: \_\_\_\_\_

➤ Sig/sig.ra \_\_\_\_\_  
    Grado di parentela/convivenza: \_\_\_\_\_

➤ Sig/sig.ra \_\_\_\_\_  
Grado di parentela/convivenza: \_\_\_\_\_

**Persone responsabili dell'assistenza (in presenza di nucleo familiare):**

➤ Sig/sig.ra \_\_\_\_\_  
Modalità dell'assistenza fornita: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

➤ Sig/sig.ra \_\_\_\_\_  
Modalità dell'assistenza fornita: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

➤ Sig/sig.ra \_\_\_\_\_  
Modalità dell'assistenza fornita: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Altri caregiver (ASA, badanti, vicini di casa, volontari ecc.):**

➤ Sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
Tipologia di relazione e di assistenza: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

➤ Sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
Tipologia di relazione e di assistenza: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

➤ Sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
Tipologia di relazione e di assistenza: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

➤ Sig/sig.ra \_\_\_\_\_  
Tipologia di relazione e di assistenza: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Motivazione della richiesta:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



➤ **CONDIZIONI PSICO-FISICHE DEL RICOVERANDO/A:**

---

---

---

---

➤ **RELAZIONI COL CONTESTO FAMILIARE:**

---

---

---

---

➤ **OBIETTIVI DEL RICOVERO:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

➤ **PROGETTO DI RIENTRO A DOMICILIO O PER ALTRA DESTINAZIONE:**

---

---

---

---

\_\_\_\_\_

L'assistente sociale

\_\_\_\_\_