

PARENTI REFERENTI

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.

ALTRI FAMILIARI

.....

CONDIZIONI PENSIONISTICHE

Tipo di pensione/i:
 Tipo di invalidità:
 % di invalidità civile:
 Indennità di accompagnamento: Sì No
 Esenzione ticket sanitario per:
 Pratiche in corso per:

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

zona isolata (abitazione sita in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)
 zona decentrata (abitazione sita in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
 centro abitato

ADEGUATEZZA ABITAZIONE

BARRIERE ARCHITETTONICHE:

nessuna
 solo esterne
 solo interne
 esterne ed interne

BAGNO:

interno
 esterno
 supporti antiscivolo: Sì No

RISCALDAMENTO:

in tutti i locali
 solo in alcuni locali
 tipologia di impianto.....

MOTIVO DEL RICOVERO

stato di salute
 solitudine
 problemi familiari
 problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri?

Sì
 No

**Il sottoscritto.....in qualità di.....dichiara che
 il/la sig./r/ra non è nelle condizioni
 psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.**

Data,

FIRMA _____