

# SCHEDA SEGNALAZIONE

## RIABITA 2.0

Ente segnalante		Operatrice	
Contatto telefonico			
e-mail			
Conosciuto/a dal Servizio Sociale Territoriale?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
SST di riferimento:			

DATI ANAGRAFICI	
COGNOME.....	NOME.....SESSO <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
CODICE FISCALE.....	DATA DI NASCITA.....
COMUNE DI NASCITA.....	PROV.....CITTADINANZA.....
PERMESSO DI SOGGIORNO.....	SCADENZA.....
RESIDENTE IN VIA/PIAZZA.....	N.....
COMUNE.....	PROV.....CAP.....
TELEFONO.....	E-MAIL.....

SITUAZIONE FAMILIARE			
Nome		Cognome	
Data di nascita		Rapporto di parentela	
Con disabilità:	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	A carico	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Nome		Cognome	
Data di nascita		Rapporto di parentela	
Con disabilità:	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	A carico	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

RELAZIONI			
Rete familiare presente?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Rete amicale/di supporto presente?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Note:			

SITUAZIONE LAVORATIVA	
TITOLO DI STUDIO.....	STUDENTE: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
OCCUPATO/A: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO – TIPOLOGIA DI CONTRATTO.....	
MONOREDDITO: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
ASSEGNO DI INCLUSIONE: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO – SUPPORTO FORMAZIONE E LAVORO: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO .....	€
PENSIONE/PENSIONE DI INVALIDITÀ: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO .....	€
ASSEGNO UNICO: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO .....	€

## SITUAZIONE ECONOMICA

ENTRATE ECONOMICHE del nucleo	TIPO DI REDDITO	IMPORTO mensile	PERCEPITO DA:
TIPO DI REDDITO (reddito da Lavoro, pensione, invalidità, Rdc/Pdc, NASPI ecc)	1)	€	
	2)	€	

## SITUAZIONE ABITATIVA

<b>Titolo di godimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Casa di proprietà, <i>mutuo</i> .....€</li> <li>○ Contratto di Locazione Edilizia Privata, <i>affitto mensile</i>.....€ <i>spese</i>.....€</li> <li>○ Contratto di Locazione ERP, <i>affitto mensile</i>.....€ <i>spese</i>.....€</li> <li>○ Assenza di un contratto di locazione, <i>affitto mensile</i>.....€ <i>spese</i>.....€</li> <li>○ Casa in comodato d'uso, <i>spese</i>.....€</li> <li>○ Ospitalità</li> <li>○ Occupazione senza titolo</li> <li>○ Decadenza del titolo di proprietà dell'abitazione per sequestro/pignoramento</li> <li>○ Altro:.....</li> </ul>
<b>Condizione Abitativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vive in un alloggio non adatto per motivi sociali e personali</li> <li>○ Vive in un alloggio dichiarato inadatto per uso abitativo (sovraffollamento, inagibilità)</li> <li>○ Vive in un alloggio economicamente impegnativo (affitto/mutuo/spese condominio)</li> <li>○ Vive in co-abitazione temporanea con famiglia o amici</li> <li>○ Vive in un alloggio con metratura sovrabbondante per le esigenze del nucleo</li> <li>○ Occupa abusivamente/illegalmente un alloggio</li> <li>○ Vive in strada o in macchina/roulotte</li> <li>○ Vive in albergo/pensione</li> <li>○ Altro:.....</li> </ul>
<b>Stabilità Abitativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Non sono rilevati problemi di stabilità</li> <li>○ Sotto sfratto per morosità incolpevole</li> <li>○ Sotto sfratto per finita locazione unilaterale</li> <li>○ Sotto sfratto per morosità</li> <li>○ Sotto sfratto per soggio</li> <li>○ Sotto sfratto per pignoramento</li> <li>○ Altro: .....</li> </ul>
<b>Morosità incolpevole</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Perdita del lavoro per licenziamento dal...../.....</li> <li>○ Riduzione dell'orario di lavoro dal ...../.....</li> <li>○ Cassa integrazione ordinaria o straordinaria dal...../.....</li> <li>○ Naspi o altri sussidi di disoccupazione dal ...../..... al ...../..... - .....€</li> <li>○ Mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico dal ...../.....</li> <li>○ Cessazione di attività professionale o di impresa registrata dal ...../.....</li> <li>○ Malattia grave dal ...../.....</li> <li>○ Infortunio dal...../.....per la quale sono state sostenute spese mediche pari a € .....</li> <li>○ Decesso familiare in data ...../.....</li> <li>○ Lavoro povero.....</li> <li>○ Altro:.....</li> </ul>
<b>Procedura Extragiudiziale / giudiziale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ È stata emessa DIFFIDA circa il pagamento dei canoni arretrati</li> <li>○ È stato emesso ATTO di intimazione di sfratto e CITAZIONE per la convalida ...../...../.....</li> <li>○ È stato chiesto il TERMINE DI GRAZIA al ...../...../.....</li> <li>○ È stata fissata la data di esecuzione in data ...../...../.....</li> <li>○ Ha ricevuto l'Atto di precetto</li> <li>○ Ha ricevuto il Preavviso di sfratto</li> <li>○ Le date degli accessi sono state definite (...../...../..... - ...../...../..... - ...../...../.....)</li> </ul>

**SITUAZIONE SANITARIA**

<p><b>HA SOFFERTO O SOFFRE</b></p> <p>Malattie dell'apparato respiratorio <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Malattia reumatica <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Malattie del cuore <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Ipertensione arteriosa <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Malattie del sangue <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Disturbi della coagulazione <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Anemia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Malattie renali <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Ulcera gastrica <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Epatite virale <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Malattie dell'apparato scheletrico <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Malattie infettive <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Diabete <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Epilessia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Altre malattie non precedentemente elencate:          -----</p>	<p><b>ALLERGIE</b></p> <p>Polvere, polline, ecc. <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Antibiotici (quali?) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Anestetici <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Aspirina <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Fans / asa <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p><b>INTOLLERANZE ALIMENTARI</b> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>Quali?: -----</p>
--	--

**E' stato sottoposto a interventi chirurgici?**  SI  NO

Quali?: -----

<b>TERAPIE IN ATTO</b>	
Tipo di terapia	Dove e con che cadenza

## AUTONOMIE

**ADL (Katz et al., 1963):** Questa scala valuta l'autonomia nelle attività di base della vita quotidiana:

Fare il bagno	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Note
Vestirsi	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Toilette	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Spostarsi	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Continenza	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Alimentazione	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	

**IADL (Lawton e Brody, 1969):** Questa scala valuta l'autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana:

Uso del telefono	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Note
Fare la spesa	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Preparare i pasti	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Cura della casa	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Fare il bucato	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Spostamento fuori casa	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Assunzione dei propri farmaci	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Uso del proprio denaro	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	

## STORIA PERSONALE E NOTE

*Con la firma in calce, il/la sottoscritto/a presta il consenso e autorizza il trattamento dei dati personali, dei dati particolari ai sensi dell'art. 9 del Regolamento UE 679/16, dei dati giudiziari ai sensi dell'art. 10 del Regolamento UE 679/16, contenuti nel presente modulo ai sensi e per gli effetti del predetto Regolamento. Autorizza altresì i Servizi Sociali Comunali ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia, sia dagli archivi comunali (es: anagrafe, servizi sociali, ecc....) e nazionali (INPS, Guardia di Finanza, ecc....) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dei benefici conseguiti a seguito del provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.*

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_