

	Con chi vive
<input type="checkbox"/>	Solo
<input type="checkbox"/>	In nucleo con familiari/parenti
<input type="checkbox"/>	In nucleo con conoscenti o soggetti esterni alla propria famiglia
<input type="checkbox"/>	Presso istituto, comunità, ecc.
<input type="checkbox"/>	Coabitazione di più famiglie
<input type="checkbox"/>	In famiglia di fatto (in nucleo con partner, con o senza figli)
<input type="checkbox"/>	Altro:

Numero componenti del nucleo(compreso l'intestatario della scheda) _____

Coniuge/Partner convivente Sì No

Numero figli conviventi _____ **Di cui minori** _____

Figli rimasti in patria _____ **Di cui minori** _____

Presenza di figli DISABILI conviventi Sì No

Bisogni/Problematiche

Codice Bisogno*	d. inizio	d. fine	Codice Bisogno*	d. inizio	d. fine	Codice Bisogno*	d. inizio	d. fine

NOTE: _____

*Per l'inserimento dei codici fare riferimento all'allegato SCHEDA BISOGNI

Assegno di Inclusione

Individuo/famiglia percepisce l'ADI sì no In attesa

Se SI : Importo mensile in euro: _____

Ricevi il supporto per la formazione e il lavoro previsto? sì no

Ricevi l'Assegno Unico Universale per i figli a carico? sì no

Attestazione ISEE

Scadenza	Componenti nucleo	Valore in euro

La persona è ATTUALMENTE in carico ad altri servizi?

Sì No

Se sì, tipo di servizio	
<input type="checkbox"/> Comune _____	<input type="checkbox"/> Consultorio
<input type="checkbox"/> ASL/ AUSL	<input type="checkbox"/> Servizi della giustizia
<input type="checkbox"/> Sert	<input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Centro Salute Mentale	<input type="checkbox"/>

Operatore del servizio: _____

Note: _____

ASCOLTO

DATA: _____ OPERATORE: _____

RICHIESTA _____ INTERVENTO _____ RICHIESTA+INTERVENTO _____

AGGIORNAMENTO BISOGNI: _____

EVENTUALE EMPORTO EROGATO: _____ €

ASCOLTO

DATA: _____ OPERATORE: _____

RICHIESTA _____ INTERVENTO _____ RICHIESTA+INTERVENTO _____

AGGIORNAMENTO BISOGNI: _____

EVENTUALE EMPORTO EROGATO: _____ €

ASCOLTO

DATA: _____ OPERATORE: _____

RICHIESTA _____ INTERVENTO _____ RICHIESTA+INTERVENTO _____

AGGIORNAMENTO BISOGNI: _____

EVENTUALE EMPORTO EROGATO: _____ €

ASCOLTO

DATA: _____ OPERATORE: _____

RICHIESTA _____ INTERVENTO _____ RICHIESTA+INTERVENTO _____

AGGIORNAMENTO BISOGNI: _____

EVENTUALE EMPORTO EROGATO: _____ €

