



Centro di Ascolto della Parrocchia di _____

Scheda di primo ascolto

Primo contatto il: ____/____/____ alle h. ____

Operatore di rif. del CPAC/OpT (*) _____ N. Scheda in dati.caritas: _____

Colloquio/incontro avvenuto: presso Centro d'ascolto presso il domicilio della persona

Cognome (del partner)	_____	Nome (del partner)	_____
Sesso	femmina <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/>	Data di nascita	____/____/____
Comune/nazione di nascita	_____	Nazionalità	_____
Cittadinanza	<input type="checkbox"/> italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare): _____		
Stato civile	<input type="checkbox"/> libera/o <input type="checkbox"/> coniugata/o <input type="checkbox"/> separata/o <input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> divorziata/o <input type="checkbox"/> vedova/o <input type="checkbox"/> non specificato _____		

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abitazione/ recapito	Senza dimora <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ospite amici	<input type="checkbox"/> Casa di proprietà <input type="checkbox"/> con <input type="checkbox"/> senza mutuo	<input type="checkbox"/> Affitto da Ente pubblico	<input type="checkbox"/> Affitto da privato
<input type="checkbox"/> In comodato	<input type="checkbox"/> Casa abbandonata	<input type="checkbox"/> Alloggio di servizio/lavoro	<input type="checkbox"/> Coabitazione con datore lavoro
<input type="checkbox"/> Domicilio di fortuna	<input type="checkbox"/> Roulotte	<input type="checkbox"/> Privo di abitazione	<input type="checkbox"/> Dorme in auto <input type="checkbox"/> Altro _____
Residenza	Comune _____	Parrocchia _____	
indirizzo _____	Tel/cell: _____	email _____	
Domicilio	<input type="checkbox"/> come residenza <input type="checkbox"/> altro _____		

Documenti (allegare fotocopia)	Numero: _____		
<input type="checkbox"/> carta d'identità	<input type="checkbox"/> patente	<input type="checkbox"/> passaporto	<input type="checkbox"/> altro _____

Regolare (se extra UE):	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Perm. di soggiorno	motivo _____	Scadenza ____/____/____

(*) OpT sigla dell'AGEA per indicare l'Organizzazione partner Territoriale

Situazione familiare			
Vive con coniuge/partner	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Presenza di donna in gravidanza	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> in nucleo con conoscenti o soggetti esterni alla propria famiglia		<input type="checkbox"/> in nucleo con propri familiari o parenti (compila schede A)	
<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> istituto, comunità	<input type="checkbox"/> coabitazione con più famiglie	<input type="checkbox"/> altro _____
Numero figli totale		Numero figli minori conviventi:	
Numero figli rimasti in patria:		Totale persone conviventi (lei/lui esclusa/o):	

Condizione economico/lavorativa		<input type="checkbox"/> occupata/o	<input type="checkbox"/> disoccupata/o
<input type="checkbox"/> inoccupata/o	<input type="checkbox"/> inabile totale/parziale	<input type="checkbox"/> casalinga/o	<input type="checkbox"/> studente
<input type="checkbox"/> lavoro irregolare	<input type="checkbox"/> pensionata/o	<input type="checkbox"/> precario / tiroc. / b.lav.	<input type="checkbox"/> in servizio civile
Reddito Mensile: _____		Titolo di studio: _____	
Anno richiesta ISEE: _____ ISEE: € _____		_____	
Numero percipienti reddito		Persona/famiglia in carico al SIA/REI	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> no

Allegati	
<input type="checkbox"/> Fotocopie documento d'identità e ISEE	<input type="checkbox"/> Stato di Famiglia (solo se diverso da ISEE)
<input type="checkbox"/> Modulo Privacy firmato	<input type="checkbox"/> Se ospite: Dichiarazione di ospitalità
<input type="checkbox"/> Relazione dei servizi sociali	<input type="checkbox"/> Relazione visita domiciliare
Bisogni	Richieste
<input type="checkbox"/> Problematiche abitative (CAS) <input type="checkbox"/> Detenzione e giustizia (DEN) <input type="checkbox"/> Dipendenze (DIP) <input type="checkbox"/> Problemi famigliari (FAM) <input type="checkbox"/> Handicap disabilità (HAN) <input type="checkbox"/> Bisogni in migrazione/immigrazione (IMM) <input type="checkbox"/> Problemi di istruzione (IST) <input type="checkbox"/> Problemi di occupazione (OCC) <input type="checkbox"/> Povertà/problemi economici (POV) <input type="checkbox"/> Problemi di salute (SAL) <input type="checkbox"/> Altri problemi (PRO) _____	<input type="checkbox"/> Alloggio-Casa (ALL) <input type="checkbox"/> Lavoro (LAV) <input type="checkbox"/> Ascolto (ASC) <input type="checkbox"/> Beni e servizi (BEN) <input type="checkbox"/> Coinvolgimento (COI) <input type="checkbox"/> Consulenza Professionale (CONS) <input type="checkbox"/> Orientamento (ORI) <input type="checkbox"/> Sanità (SAN) <input type="checkbox"/> Scuola/Istruzione (SCU) <input type="checkbox"/> Sostegno socio-assistenziale (SOS) <input type="checkbox"/> Sussidio economico (SUS) <input type="checkbox"/> Altro
Intervento cibo: Beni e servizi (BEN)	Altri Interventi
<input type="checkbox"/> Pacchi Viveri secco (BEN 11) per Mesi _____ <input type="checkbox"/> Viveri secco a domicilio (BEN 12) per mesi _____ <input type="checkbox"/> Emporio/Market fresco (BEN 13) per mesi _____	<input type="checkbox"/> Alloggio-Casa (ALL) <input type="checkbox"/> Lavoro (LAV) <input type="checkbox"/> Beni e servizi (BEN) <input type="checkbox"/> Coinvolgimento (COI) <input type="checkbox"/> Consulenza Professionale (CONS) <input type="checkbox"/> Orientamento (ORI) <input type="checkbox"/> Sanità (SAN) <input type="checkbox"/> Scuola/Istruzione (SCU) <input type="checkbox"/> Sostegno socio-assistenziale (SOS) <input type="checkbox"/> Sussidio economico (SUS) Altro

Altre indicazioni emergenti da visita domiciliare del (data) ___ / ___ / ___

canone d'affitto / rata di mutuo	<input type="checkbox"/> Fino a 250 €	<input type="checkbox"/> Da 250 a 500 €	<input type="checkbox"/> Da 500 a 750 €		
	<input type="checkbox"/> Oltre i 750 €		<input type="checkbox"/> altro _____		
spese fisse mensili	<input type="checkbox"/> Da 0 a 50 €	<input type="checkbox"/> Da 50 a 100 €	<input type="checkbox"/> Da 100 a 200 €		
	<input type="checkbox"/> Da 200 a 300 €	<input type="checkbox"/> Da 300 a 400 €	<input type="checkbox"/> Da 400 a 500 €		
		<input type="checkbox"/> Maggiore di 500 €			
Tipo di spese	<input type="checkbox"/> Mediche	<input type="checkbox"/> Debiti Istruzione	<input type="checkbox"/> Utenze	<input type="checkbox"/> Trasporti	Altro: _____

Situazioni particolari di disagio dell'intestatario della scheda e/o del suo nucleo familiare (handicap, disagio minorile, dipendenze ...)

Altri interventi di sostegno attualmente in atto in favore dell'intestatario della scheda e/o del suo nucleo familiare (Servizi sociali, agevolazioni pagamento utenze o altri enti in rete)

L'indigente e la sua famiglia sono già stati segnalati ai servizi sociali del comune?	
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

SI

NO

Si ritiene necessario un aiuto delle istituzioni per il sostentamento della persona/famiglia?	
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Note:

Responsabile e/o Delegato dell'ente
(Timbro e firma)

Cognome	Nome
Sesso <input type="checkbox"/> Femminile <input type="checkbox"/> Maschile	Data di nascita: _ _ / _ _ / _ _ _ _
Nazione di nascita	Comune di nascita
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Relazione con l'intestatario scheda <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello/sorella <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Altro Appartiene al nucleo familiare <input type="checkbox"/>	Ha reddito <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, indicare la/le fonti di reddito <input type="checkbox"/> Pensione (vecchiaia, anzianità, reversibilità) <input type="checkbox"/> Pensione (inabilità, invalidità) e/o Indennità di accomp. <input type="checkbox"/> Pensione Sociale <input type="checkbox"/> Assegno di mantenimento <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro <input type="checkbox"/> Espedienti/Lavori saltuari <input type="checkbox"/> Altro: _____

Cognome	Nome
Sesso <input type="checkbox"/> Femminile <input type="checkbox"/> Maschile	Data di nascita: _ _ / _ _ / _ _ _ _
Nazione di nascita	Comune di nascita
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Relazione con l'intestatario scheda <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello/sorella <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Altro Appartiene al nucleo familiare <input type="checkbox"/>	Ha reddito <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, indicare la/le fonti di reddito <input type="checkbox"/> Pensione (vecchiaia, anzianità, reversibilità) <input type="checkbox"/> Pensione (inabilità, invalidità) e/o Indennità di accomp. <input type="checkbox"/> Pensione Sociale <input type="checkbox"/> Assegno di mantenimento <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro <input type="checkbox"/> Espedienti/Lavori saltuari <input type="checkbox"/> Altro: _____

Cognome	Nome
Sesso <input type="checkbox"/> Femminile <input type="checkbox"/> Maschile	Data di nascita: _ _ / _ _ / _ _ _ _
Nazione di nascita	Comune di nascita
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Relazione con l'intestatario scheda <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello/sorella <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Altro Appartiene al nucleo familiare <input type="checkbox"/>	Ha reddito <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, indicare la/le fonti di reddito <input type="checkbox"/> Pensione (vecchiaia, anzianità, reversibilità) <input type="checkbox"/> Pensione (inabilità, invalidità) e/o Indennità di accomp. <input type="checkbox"/> Pensione Sociale <input type="checkbox"/> Assegno di mantenimento <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro <input type="checkbox"/> Espedienti/Lavori saltuari <input type="checkbox"/> Altro: _____

Responsabile e/o Delegato dell'ente
(Timbro e firma)
