

Data _____

Paziente: UOC/UOSD _____

Cognome _____

Nome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

residenza _____

domicilio _____

ricoverato dal _____

Familiari presenti al Gaslini:

mamma si ferma per l'intero periodo di cure? si no

papà si ferma per l'intero periodo di cure? si no

sorelle/fratelli si ferma per l'intero periodo di cure? si no

altri _____ si ferma per l'intero periodo di cure? si no

Familiari conviventi rimasti nel luogo di residenza: _____

Genitori:

MADRE

PADRE

Cognome _____

Nome _____

Nazionalità _____

Cell/Tel _____

Lavoro _____

Condizione economica familiare attuale:reddito da stipendio sì no se sì quanto: _____

altre fonti di reddito _____

casa: di proprietà mutuo sì no
in affitto Invalidità INPS/Accompagnamento sì no richiesta/in attesaReddito di cittadinanza sì no richiesta/in attesa**Richiesta di intervento a carattere economico per:**

- assistenza pasti
- contributo economico per vitto
- contributo economico per alloggio
- ambulanza/navetta/trasporti
- spese permesso di soggiorno
- altro _____

Servizi Sociali che seguono il nucleo nella zona di residenza: _____**Associazioni di aiuto:** _____

In base alla valutazione socio-economica, considerate le difficoltà e le effettive necessità, la sottoscritta ritiene opportuno sostenere il nucleo familiare con contributo economico.

L'Assistente Sociale
