

Centro psico sociale Besana/Lissone

Ufficio di Piano
Distretto di Carate Brianza

**Oggetto: richiesta contributo economico fondo sociale psichiatria a favore di
residente a**

Dati beneficiario:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Comune di residenza: via

cod. fisc:

Breve inquadramento sociale sanitario:

Pz in carico dal :

équipe curante:

Medico:

Psicologo:

Infermiere:

Educatore:

Ass. Sociale:

*case manager

Luogo di vita attuale:

Presenza di amministratore di sostegno:

Condizione socio ambientale :

Stato di invalidità:

Alloggio :

proprietà ☐ Affitto ☐

famiglia di origine

affitto ☐ ERP ☐

residenzialità leggera ☐

altro ☐

Situazione reddituale e lavorativa del soggetto: in attesa di riscuotere assegno di invalidità civ
€

livello di compromissione delle abilità sociali derivanti dal disturbo psichiatrico:
punteggio da 0 a 10 :

Aree di utilizzo del contributo in base al protocollo contributo economici:

- necessità straordinarie personali: (0)
- utilizzo servizi per il tempo libero e/o formativo (0)
- sostegno alla famiglia o al nucleo familiare del soggetto (0)
- contributi integrativi per soggiorni (0)

entità contributo:

Una tantum
rinnovabile per mesi ____

Modalità di erogazione:
 assegno non trasferibile
 su quietanza operatore :cognome e nome cod. fsic.

accredito diretto conto corrente .
 codice paese
 CIN Iban |_|_|
 ABI |_|_|_|_|_|
 CAB |_|_|_|_|_|
 numero conto : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

eventuale documentazione dell'utilizzo del contributo economico **Si** **NO**

Ass. soc.

Visto per presa visione
Ass. soc. del Comune di Residenza