|  |  |
| --- | --- |
| Marchio Distretto COMUNE CAPOFILA ALATRI | DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE “A”  (PROVINCIA DI FROSINONE)  L. 328/2000  ***Comuni di:*** *Acuto, Alatri, Anagni, Collepardo, Filettino, Fiuggi,**Guarcino, Paliano, Piglio, Serrone, Sgurgola, Torre Cajetani, Trevi nel Lazio, Trivigliano, Vico nel Lazio.*  **Piazza Caduti di Nassiriya snc - 03011 ALATRI (FR)** *Struttura di Piano*: tel. 0775.448210/13 - Fax: 0775.448209 e-mail: [info@distrettosocioassistenziale.org](mailto:info@distrettosocioassistenziale.org)  PEC: [protocollo.comunealatri@pec.it](mailto:protocollo.comunealatri@pec.it);  sito internet: [www.distrettosocioassistenziale.org](http://www.distrettosocioassistenziale.org) |

**SCHEDA RICHIESTA INTERVENTO**

**“SERVIZIO DI PREVENZIONE MINORI E FAMIGLIE”**

**“BOTTEGHE DELLA FAMIGLIA”**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **GENERALITA’ DELLA PERSONA DA PRENDERE IN CARICO** | |
| **Cognome e nome** |  |
| **Data e luogo di nascita** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE** | | | |
| **Cognome e nome** | **Età** | **Parentela** | **Convivente** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **CONTATTI E RIFERIMENTI DEL NUCLEO FAMILIARE** | |
| **Cognome e nome** | **Contatto telefonico** |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Il nucleo è beneficiario di RDC** | **Si** | **No** |
| **Il nucleo possiede un reddito inferiore a 6.000,00 euro** | **Si** | **No** |

|  |
| --- |
|  |
| **BREVE STORIA FAMILIARE** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **SERVIZI ATTIVI** | | |
| **SMREE** |  | Operatore di riferimento |
| **CSM** |  | Operatore di riferimento |
| **SERT** |  | Operatore di riferimento |
| **ALTRO** (casa famiglia) |  | Operatore di riferimento |
| **ALTRO** (specificare) |  | Operatore di riferimento |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **INTERVENTI DA ATTIVARE** | **OBIETTIVO** | |
| **Spazio neutro / Incontri protetti** |  |  |
| **Sostegno alla genitorialità** |  |  |
| **Sostegno psicologico individuale o di coppia** |  |  |
| **Gruppi genitori e/o bambini** |  |  |
| **Altro** (specificare) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **MOTIVO DELLA RICHIESTA** | |
| **Servizio Sociale Professionale** |  |
| **Decreto Tribunale per i Minorenni** |  |
| **Decreto del Tribunale Ordinario** |  |
| **Affidamento Familiare** |  |
| **Richiesta del/dei genitore/i** |  |
| **Avvocato – CTP** |  |
| **Servizi Specialistici territoriali** |  |
| **Servizi di mediazione** |  |
| **Altro** (specificare) |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| **VERIFICHE** | | **IN ITINERE** | | | **FINALI** |
| **Spazio neutro / Incontri protetti** |  |  |  |  |  |
| **Sostegno alla genitorialità** |  |  |  |  |  |
| **Sostegno psicologico individuale o di coppia** |  |  |  |  |  |
| **Gruppi genitori e/o bambini** |  |  |  |  |  |
| **Altro** (specificare) |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **Assistente sociale di riferimento:**  **Recapito telefonico:**  **Fax:**  **Indirizzo email:** |

|  |
| --- |
| **Note:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Spazio riservato all’Ufficio Distrettuale** | **Protocollo in Entrata** |
|  |