|  |  |
| --- | --- |
| Marchio DistrettoCOMUNE 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: 0775.448209e-mail: info@distrettosocioassistenziale.org  PEC: 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** |
|  |