

FULL DE SOL·LICITUD D'ADMISSIÓ

DADES DEL/LA TREBALLADORA SOCIAL

COGNOMS I NOM _____

LLOC DE TREBALL _____

NÚM DE COL·LEGIAT/DA _____ TELÈFON _____

DADES DEL/LA SOL·LICITANT

COGNOMS I NOM _____

DNI _____ SEXE _____ ESTAT CIVIL _____

ADREÇA _____

POBLACIÓ _____ TELÈFON _____

DATA DE NAIXEMENT _____ LLOC DE NAIXEMENT _____

INGRESSOS ECONÒMICS _____

MOTIU SOL·LICITUD

NIVELL D'AUTONOMIA

TRACTAMENTS QUE SEGUEIX

ANTIRETROVIRAL ___

DROGADICCIÓ ___

PSIQUIÀTRIC ___

SIGNATURA DE LA PERSONA SOL·LICITANT

SIGNATURA DEL/LA TREBALLADOR/A
SOCIAL

LLOC i DATA: _____ , _____ de _____ de _____

Nota: És imprescindible omplir totes les dades.

FULL DE REQUERIMENT DE DOCUMENTACIÓ

FOTOCÒPIA DNI

FOTOCÒPIA TARJETA SEGURETAT SOCIAL

INFORME SOCIAL

- DADES DEL/LA TREBALLADOR/A SOCIAL
- DADES DEL LA PERSONA SOL·LICITANT ◦ FAMILIAR O PERSONA DE REFERÈNCIA ◦ GENOGRAMA
- COBERTURA SANITÀRIA
- NIVELL D'ESTUDIS
- ASPECTES LABORALS
- ASPECTES ECONÒMICS
- SITUACIÓ JUDICIAL
- HABITATGE, CONVIVÈNCIA I NIVELL DE RELACIÓ (últim any)
- ANTECEDENTS CONSUM DE DROGUES
- NIVELL D'AUTONOMIA PERSONAL: física i psíquicoemocional
- NIVELL D'HABILITATS SOCIALS
- ASPECTES MENTALS: deteriorament cognitiu i/o altres psicopatologies
- DIAGNÒSTIC

INFORME MÈDIC ACTUALITZAT

- DIAGNÒSTIC
- TRACTAMENT
- ÚLTIMA ALTA HOSPITALÀRIA
- ÚLTIMA ANALÍTICA

INFORME PSIQUIÀTRIC (si pren medicació psiquiàtrica)

- DIAGNÒSTIC
- TRACTAMENT

INFORME TOXICOMANIES

- PROGRAMA DE TRACTAMENT
- TEMPS D'ABSTINÈNCIA
- SI PREN METADONA, DOSIS PAUTADA
- ALTRES MEDICACIONS RECEPTADES