

DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A.

SEZ. 1

DATI ANAGRAFICI

COGNOME E NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ (PROV. _____) DATA _____ M F

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ (PROV. _____) IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

TELEFONO/CELL. _____ E - MAIL _____

DOMICILIO IN _____ (_____)
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA _____ N° _____ TELEFONO/CELL. _____

EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

_____ TELEFONO _____
COGNOME E NOME

_____ N° CIVICO _____
CITTA' VIA/PIAZZA

_____ TRIBUNALE DI _____
ATTO N° DEL

PERSONA DI RIFERIMENTO

_____ DATA DI NASCITA _____
COGNOME E NOME

_____ N. _____
RESIDENTE A PROV. IN VIA/PIAZZA

_____ E-MAIL _____
GRADO DI PARENTELA

_____ ALTRI RECAPITI TELEFONICI _____
TELEFONO/CELL.

URGENZA DELLA DOMANDA:

- ESTREMA ORDINARIA INSERIMENTO IN LISTA
D'ATTESA A SCOPO
PREVENTIVO

MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:

- STATO DI SALUTE SOLITUDINE
 PROBLEMI FAMILIARI ALTRO (specificare):.....
.....
 CONDIZIONI ABITATIVE ALLOGGIO NON ADEGUATO
 TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA EVENTUALE SFRATTO

SEZ. 2 DATI PERSONALI

SCOLARITÀ:

- ELEMENTARI SUPERIORI ALTRO

ATTIVITÀ LAVORATIVA:

.....

IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:

- CONSENZIENTE INDIFFERENTE NON IN GRADO DI DECIDERE
 CONTRARIO NON INFORMATO

LA RICHIESTA È PER UN RICOVERO:

- TEMPORANEO DEFINITIVO

STATO CIVILE:

- CELIBE / NUBILE
 CONIUGATO / A
 SEPARATO / A
 DIVORZIATO / A
 VEDOVO / A

PENSIONE TIPO :

- ANZIANITA' -VECCHIAIA REVERSIBILITÀ INVALIDITÀ SOCIALE
 ALTRO (indicare il tipo) NESSUNA PENSIONE

INVALIDITÀ CIVILE:

- IN CORSO RICONOSCIUTA, AL _____ % DOMANDA NON PRESENTATA

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NON RICONOSCIUTA | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) | <input type="checkbox"/> CIECO ASSOLUTO |
| <input type="checkbox"/> IN ATTESA | | <input type="checkbox"/> CIECO CON RESIDUO VISIVO |
| <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA | | <input type="checkbox"/> INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO |
| | | <input type="checkbox"/> SORDOMUTO |

RICONOSCIMENTO L. 104 /92

- IN CORSO SÌ NO DOMANDA NON PRESENTATA

SEZ. 3 RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI**ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AL PROPRIO DOMICILIO | <input type="checkbox"/> PRESSO PROPRI FAMILIARI |
| <input type="checkbox"/> IN OSPEDALE (INDICARE QUALE).....
.....
REPARTO..... | <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)
.....
REPARTO |
| <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)
..... | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |

SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:

- DI PROPRIETÀ IN AFFITTO

SITUAZIONE FAMILIARE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |
| <input type="checkbox"/> NON VIVE SOLO | |
| <input type="checkbox"/> CONIUGE | |
| <input type="checkbox"/> FIGLIO/A | |
| <input type="checkbox"/> BADANTE | |
| <input type="checkbox"/> ALTRO | |

IL CONVIVENTE È:

- AUTOSUFFICIENTE PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

ELENCO DEI PRINCIPALI FAMILIARI O PARENTI

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, via, n°civico)	TELEFONO	CONVIVENTE?	
1					<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
2					<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
3					<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
4					<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

SERVIZI TERRITORIALI DI CUI USUFRUISCE:

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
<input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE	<input type="checkbox"/> M.M.G.
<input type="checkbox"/> PULIZIA CASA	<input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE
<input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA	<input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE
<input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____
<input type="checkbox"/> PASTO CALDO	
<input type="checkbox"/> TELESOCCORSO	
<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____	

ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

- CENTRO PSICOSOCIALE CENTRO DIURNO ANZIANI CENTRO DIURNO INTEGRATO

USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDI A DOMICILIO:

- CARROZZINA MATERASSO ANTIDECUBITO SOLLEVATORE
 ALTRO (specificare).....

La Richiesta viene inoltrata:

- DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO ALTRO
 DA UN PARENTE (specificare)..... (specificare).....

(NOME E COGNOME) _____ tel. _____

Firma dell' interessato o del richiedente _____

Data _____

Si allega :

- copia carta d'identità dell'interessato
- copia tessera sanitaria dell'interessato