

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 _____ (_____)

CITTÀ' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

PROVINCIA

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

EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

COGNOME E NOME _____

TELEFONO _____

CITTÀ'

VIA/PIAZZA _____

N° CIVICO _____

ATTO N°

DEL

TRIBUNALE DI _____

PERSONA DI RIFERIMENTO

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____

PROV. _____

IN VIA/PIAZZA _____

N. _____

GRADO DI PARENTELA _____

E-MAIL _____

TELEFONO/CELL. _____

ALTRI RECAPITI TELEFONICI _____

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:

- NON RICONOSCIUTA RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) CIECO ASSOLUTO
- IN ATTESA CIECO CON RESIDUO VISIVO
- DOMANDA NON PRESENTATA INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO
- SORDOMUTO

RICONOSCIMENTO L. 104 /92

- IN CORSO SI 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:**

- AL PROPRIO DOMICILIO PRESSO PROPRI FAMILIARI
- IN OSPEDALE (INDICARE QUALE).....
.....
REPARTO.....
 IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)
.....
- IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)
.....
REPARTO
 DA QUANTO TEMPO

SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:

- DI PROPRIETÀ IN AFFITTO

SITUAZIONE FAMILIARE:

- VIVE SOLO DA QUANTO TEMPO
- NON VIVE SOLO
 CONIUGE
 FIGLIO/A
 BADANTE
 ALTRO

IL CONVIVENTE È:

- AUTOSUFFICIENTE PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

ELENCO DEI PRINCIPALI FAMIGLIARI O PARENTI

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, via, n°civico)	TELEFONO	CONVIVENTE?	
1					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4					<input type="checkbox"/> SI	<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"/> PULIZIA CASA <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA <input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA <input type="checkbox"/> PASTO CALDO <input type="checkbox"/> TELESOCCORSO <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare):_____	<input type="checkbox"/> M.M.G. <input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE <input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE <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).....

SEZ. 4 ADEMPIMENTI PRIVACY

Sarà cura della RSA individuata dare applicazione al Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali del 27 aprile 2016 n. 679.

La Richiesta viene inoltrata:

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