

Domanda di ammissione

RSA

CDI

Concernente il Signor _____

Codice fiscale _____

Data presentazione domanda _____

Note informative anagrafiche

Data di nascita | _____

Comune e provincia di nascita | _____

Stato civile | _____

Cittadinanza | _____

Titolo di studio | _____

Ultima residenza | località _____
via _____

Professione svolta | _____

Medico di base | _____

Libretto ASL N° | _____

Esenzione ticket N° | _____

Invalidità civile | no si %

Pensione di indennità di accompagnamento | si no in corso

Tipologia di pensione percepita | vecchiaia anzianità reversibilità
 altro

Note informative sociali

➔ Religione

➔ Vive con

- solo
- badante
- coniuge
- altro
- figli

➔ Istituto per anziani/centro diurno di cui fosse già attualmente ed eventualmente ospite

➔ Indicare se il ricoverando ha usufruito delle seguenti forme di assistenza

- Assistenza domiciliare
- Centro diurno
- Fisiokinesiterapia
- Altro

➔ Eventuali operatori sociali che conoscono la situazione

➔ Grado di autosufficienza

- Parzialmente non autosufficiente
- Non autosufficiente

➔ Psiche

- Integra
- Parzialmente disorientata
- Disorientamento spazio-tempore

➔ Quali ambienti frequenta o ha frequentato nel tempo libero

- bar/circoli
- associazioni culturali
- associazioni sportive
- biblioteca
- associazione anziani
- associazione volontariato sociale
- cinema/teatro/concerti
- parrocchia

➔ Come trascorre o trascorreva il tempo libero?

- lettura
- ascolto musica
- lavori a maglia
- televisione
- lavori domestici
- bricolage
- studio
- passeggio
- giardinaggio
- visite parenti / amici
- assistenza nipoti
- altro (specificare)

➔ Motivi della domanda

situazione familiare, persona bisognosa di assistenza generica infermieristica, mancanza o insufficienza o precarietà dell'abitazione, altri motivi

➔ **Ricostruzione stato di famiglia** (indicare tutti i figli viventi)

| | | |
|----------------|----------------|---------------|
| coniuge | nome e cognome | Nr. telefono |
| | Indirizzo | Nr. cellulare |

| | | |
|--------------|----------------|---------------|
| figli | nome e cognome | Nr. telefono |
| | Indirizzo | Nr. cellulare |

| | | |
|--------------|----------------|---------------|
| figli | nome e cognome | Nr. telefono |
| | Indirizzo | Nr. cellulare |

| | | | |
|---------------|----------------|-----------|--------------------|
| nipoti | Nome e cognome | indirizzo | Numeri di telefono |
| | Nome e cognome | indirizzo | Numeri di telefono |

| | | | |
|-----------------|----------------|-----------|--------------------|
| fratelli | Nome e cognome | indirizzo | Numeri di telefono |
| | Nome e cognome | indirizzo | Numeri di telefono |

| | | | |
|---------------|----------------|-----------|--------------------|
| cugini | Nome e cognome | indirizzo | Numeri di telefono |
| | Nome e cognome | indirizzo | Numeri di telefono |

➔ **I famigliari assicurano visite settimanali?**

- SI
 NO se NO perchè?

.....
.....

➔ **Persona responsabile del pagamento e referente dell'anziano**

Nominativo

nato a _____ il _____

nr. di telefono _____ codice fiscale _____

residente a _____ Prov. _____ Cap. _____

via _____ email _____

Documentazione

Documentazione da allegare alla domanda

- ▶ Fotocopia Carta identità
- ▶ Fotocopia tesserino sanitario
- ▶ Fotocopia verbale di Invalidità rilasciato dalla Commissione invalidi di 1° istanza

Documentazione da presentare il giorno dell'ammissione

- ▶ Originale tessera sanitaria
- ▶ Originale tessera esenzione ticket
- ▶ Documentazione sanitaria precedente ed elenco farmaci in uso

Dichiara inoltre di accettare tutte le norme che regolano l'andamento dell'Istituto ivi compreso il regolamento di cui ha ricevuto copia

Domanda presentata da

- interessato
- familiari (specificare grado di parentela)
- Comune
- altri (specificare vicini, volontari, parroco, ecc.)

Il presentatore della domanda

L'interessato

Spazio riservato all'Ente
