

Via Cardinal Ferrari, 4 – 21053 Castellanza (VA)  
Tel. 0331 502103 – email: [info@fondazionemoroni.it](mailto:info@fondazionemoroni.it)  
R.E.A. n.289505 – P.I. 01364330124 – CF 81009930124

## 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
- televisione
- studio
- visite parenti / amici
- ascolto musica
- lavori domestici
- passeggio
- assistenza nipoti
- lavori a maglia
- bricolage
- giardinaggio
- 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)

<b>coniuge</b>	nome e cognome		Nr. telefono
	Indirizzo		Nr. cellulare
<b>figli</b>	nome e cognome		Nr. telefono
	Indirizzo		Nr. cellulare
<b>figli</b>	nome e cognome		Nr. telefono
	Indirizzo		Nr. cellulare
<b>nipoti</b>	Nome e cognome	indirizzo	Numeri di telefono
	Nome e cognome	indirizzo	Numeri di telefono
<b>fratelli</b>	Nome e cognome	indirizzo	Numeri di telefono
	Nome e cognome	indirizzo	Numeri di telefono
<b>cugini</b>	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

---

---

---

---

---

---

---

## **RETTE DI DEGENZA RSA**

### **ANNO 2025**

#### **POSTO ACCREDITATO E CONTRATTUALIZZATO**

RETTE GIORNALIERA

€ 77.00

#### **POSTO ACCREDITATO E NON CONTRATTUALIZZATO**

RETTE GIORNALIERA

€ 90.00

#### **POSTO NUCLEO ALZHEIMER**

RETTE GIORNALIERA

€ 80.00

€ 500.00 una tantum all'ingresso

## **RETTE CENTRO DIURNO INTEGRATO**

### **ANNO 2025**

#### **RETTE GIORNALIERA CDI e CCC**

(Comprensiva di pasto per giornata intera)

€ 32.00

Alla Direzione  
della Fondazione Centro Assistenza  
Anziani "G.Moroni" onlus  
Via Cardinal Ferrari, 4  
21053 Castellanza (VA)

Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di parente  
di riferimento del/della Sig./Sig.ra .....

DICHIARA

Che il/la proprio/a congiunto/a:

- non è stato/a sottoposto/a a visita per l'accertamento di invalidità civile
- è stato/a sottoposto/a a visita per l'accertamento di invalidità civile con esito:
  - a) riconoscimento di invalidità al 100% con necessità di assistenza continua  
(assegno di accompagnamento)
  - b) riconoscimento di invalidità al ..... %

Si allega alla presente copia del verbale di detta visita.

Castellanza, li .....

In fede .....