

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 ☐ sì % _____

Pensione di indennità di accompagnamento | ☐ sì ☐ 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)

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 familiari 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

ALLEGATO 5

RETTE DI DEGENZA RSA ANNO 2026

POSTO ACCREDITATO E CONTRATTUALIZZATO

RETTA GIORNALIERA

€ 77.00

POSTO ACCREDITATO E NON CONTRATTUALIZZATO

RETTA GIORNALIERA

€ 90.00

POSTO NUCLEO ALZHEIMER

RETTA GIORNALIERA

€ 80.00

€ 500.00 una tantum all'ingresso

ALLEGATO 6

RETTE CENTRO DIURNO INTEGRATO A PARTIRE DAL 01 SETTEMBRE 2026

RETTA SETTIMANALE DA LUNEDI' A VENERDI'

(Comprensiva di pasto)

€ 190.00

€ 100.00 una tantum all'ingresso