

DOMANDA DI INSERIMENTO PRESSO LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI ASL MILANO

RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: casa/ufficio _____

Recapiti telefonici: cellulare _____

Altri riferimenti: _____

In qualità di _____

RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Numero documento di identità _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Assistito _____ Codice Esenzione _____

ASL di appartenenza _____ Distretto _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapito Telefonico _____

Cittadinanza _____

Religione _____

Compilare solo se occorre

- Domicilio differente dalla residenza:

Domiciliato in _____ CAP _____

Via / Corso _____

- Cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno si no Scadenza ____ / ____ / ____

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO
<input type="checkbox"/> Condizioni abitative non idonee <input type="checkbox"/> Vive solo/sola <input type="checkbox"/> Perdita autonomia <input type="checkbox"/> Quadro clinico compromesso <input type="checkbox"/> Mantenimento/miglioramento capacità residue <input type="checkbox"/> Altro (ad es: problematiche socio familiari): _____

PROVENIENZA
<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Istituto di ricovero per acuti (ospedale) <input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica <input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione <input type="checkbox"/> Altra RSA <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO
<input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Lungodegenza Preferenza tipologia di camera: _____

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente: _____ _____

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, motivazione: _____ note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA
Con chi vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti _____ <input type="checkbox"/> Badanti Presenza: _____ _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____ <input type="checkbox"/> Casa di proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> casa ALER <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Altro: _____

TUTELA
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Numero decreto: _____ <input type="checkbox"/> Interdizione <input type="checkbox"/> Altro: _____ Nome e Cognome AdS/Tutore: _____ Qualifica: <input type="checkbox"/> Familiare: _____ <input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.) _____ _____ Recapiti: _____ _____ _____

SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Non dichiarato
- Altro: _____

- Fratelli (N:)
- Sorelle (N:)

- Figli (N:)
- Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infortunio sul lavoro, etc
- Reversibilità

- In attesa di invalidità
- Invalidità
 - ↳ Codice: _____
 - ↳ Percentuale: _____
 - ↳ Indennità accompagnamento
 - SI NO
 - in attesa di accompagnamento

LIVELLO DI ISTRUZIONE

- Nessuno
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiori in _____
- Laurea in: _____
- Altro _____

PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO

- Casalinga
- Agricoltore
- Operaio (ambito _____)
- Impiegato (ruolo _____)
- Artigiano (ambito _____)
- Insegnante (in _____)
- Imprenditore (ambito _____)
- Libero Professionista (_____)
- Altro _____

SERVIZI SOCIO SANITARI

Servizi Socio Sanitari attivi: NO SI (specificare):

- CMA di zona _____
- Assistente sociale di riferimento: _____
- Recapiti: _____
- Tipo di servizi usufruiti: _____
- _____
- Custode sociale – Portierato Sociale _____

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
- CDI (Centro Diurno Integrato) _____
- CPS (Centro Psico Sociale) _____
- _____
- Associazioni volontariato _____
- Altro (ad esempio, telesoccorso, etc.) _____

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- Direttamente
- Servizio Sociale di: CMA Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista _____
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↪ CODICE FISCALE
- ↪ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO
- ↪ TESSERA SANITARIA
- ↪ EVENTUALI ESENZIONI
- ↪ VERBALE INVALIDITÀ
- ↪ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del D.L.gs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: ____ / ____ / 20__

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

NOTE A CURA DELLA RSA
