

Data: ____ / ____ / 20__

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA
PRESSO I CDI ASL MILANO**

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

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

Codice Fiscale _____ Et  _____ Genere: ☐ M ☐ F

Numero documento di identit  _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Esenzione _____

ASL di appartenenza _____ Distretto _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Se residente a Milano, zona di appartenenza: _____

Recapito Telefonico _____

Cittadinanza _____

Religione _____

Compilare solo se occorre

- Domicilio differente dalla residenza:

Domiciliato in _____ CAP _____

Via / Corso _____

- Se cittadino extracomunitario: Permesso di soggiorno ☐ s  ☐ no Scadenza ____ / ____ / ____

RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO IL CDI)

Cognome e Nome _____

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

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: _____

E-mail: _____@_____. _____

Altri riferimenti: _____

In qualit  di _____

FREQUENZA SETTIMANALE RICHIESTA

- | | |
|---|--|
| ☐ Un giorno | ☐ Mezza giornata |
| ☐ Due giorni | ☐ Giornata intera |
| ☐ Tre giorni | ☐ _____ |
| ☐ Quattro giorni | |
| ☐ Cinque giorni | |
| ☐ Sei giorni | |
| ☐ Sette giorni | |

SERVIZIO DI TRASPORTO

- ☐ andata ☐ ritorno ☐ non richiesto

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

CON CHI VIVE
☐ Solo ☐ Coniuge ☐ Figli ☐ Altri parenti:
☐ Badanti Presenza:
☐ Altro:

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

SITUAZIONE ABITATIVA
☐ Presenza barriere architettoniche ☐ Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto:
☐ Presenza ascensore ☐ Presenza servizi portierato

CONVENZIONE
☐ NO ☐ SI, con il seguente ente:

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL CDI
☐ Direttamente ☐ Assistente Sociale ☐ Medico di Medicina Generale (medico curante) ☐ Medico specialista _____ ☐ Passaparola ☐ Pubblicità ☐ Eventi/manifestazioni ☐ Internet ☐ Associazioni / Altro _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CODICE FISCALE/TESSERA SANITARIA

Ai sensi del D.Lgs.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.

FIRMA DEL RICHIEDENTE: _____

PARTE DA COMPILARE INSIEME AD UN OPERATORE DEL CDI

Cognome e Nome Ospite _____

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 _____

RICHIESTA DI INSERIMENTO (CDI WEB)

- ☐ Assistente sociale
- ☐ Familiare/affine
- ☐ MMG
- ☐ Medico ospedaliero/specialista
- ☐ Propria
- ☐ Soggetto civilmente obbligato

MOTIVAZIONE INSERIMENTO (CDI WEB)

- ☐ Alloggio non idoneo
- ☐ Altra motivazione sociale
- ☐ Insufficiente supporto familiare
- ☐ Perdita autonomia (decorso degenerativo)
- ☐ Solitudine
- ☐ Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)

PROVENIENZA (CDI WEB)

- ☐ Dal domicilio
- ☐ Da istituto di ricovero per acuti
- ☐ Da struttura sociale
- ☐ Da istituto di riabilitazione
- ☐ (compresi ex drg 5000/2007)
- ☐ Da CSS
- ☐ Da RSA
- ☐ Da RSD

TIPOLOGIA DI POSTO (CDI WEB)

- ☐ Autorizzato
- ☐ Accreditato
- ☐ Accreditato e contrattualizzato

☐ Altro: _____

SERVIZI SOCIO SANITARI

Servizi Socio Sanitari attivi: ☐ NO ☐ SI (specificare):

☐ Servizi sociali territoriali _____

Assistente sociale: _____

Recapiti: _____

Tipo di servizi usufruiti: _____

☐ Custode sociale – Portierato Sociale _____

☐ ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____

☐ RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) _____

☐ RSA Aperta _____

☐ CPS (Centro Psico Sociale) _____

☐ Associazioni di volontariato _____

☐ Altro (ad esempio: telesoccorso, etc.) _____

ANALISI DEI BISOGNI

↪ **Bisogni di tipo sociale**

- ☐ socializzazione per condizione di solitudine
 - ☐ arricchimento rete sociale
 - ☐ supporto familiare per problematiche di tipo sociale
 - ☐ supporto familiare per difficoltà di tipo relazionale
- _____
- _____

↪ **Bisogni di tipo sanitario**

- ☐ somministrazione terapia farmacologica
 - ☐ interventi medico-infermieristici
 - ☐ attività di riattivazione/stimolazione funzionale (motoria/cognitiva)
- _____
- _____

↪ **Bisogni di tipo assistenziale**

- ☐ elevato carico assistenziale al domicilio
 - ☐ disturbi del comportamento /disturbi di tipo psichiatrico
- _____
- _____

↪ **Eventuale attivazione di servizi all'interno della rete**

Data: ____ / ____ / 20__ Firma del compilatore _____