

# DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A.

## SEZ. 1

## DATI ANAGRAFICI

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_ ) DATA \_\_\_\_\_  M  F

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_ ) IN VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

TELEFONO/CELL. \_\_\_\_\_ E - MAIL \_\_\_\_\_

DOMICILIO IN \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ TELEFONO/CELL. \_\_\_\_\_

### EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

\_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME TELEFONO

\_\_\_\_\_  
CITTA' VIA/PIAZZA N° CIVICO

\_\_\_\_\_  
ATTO N° DEL TRIBUNALE DI

### PERSONA DI RIFERIMENTO

\_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME DATA DI NASCITA

\_\_\_\_\_  
RESIDENTE A PROV. IN VIA/PIAZZA N.

\_\_\_\_\_  
GRADO DI PARENTELA E-MAIL

\_\_\_\_\_  
TELEFONO/CELL. ALTRI RECAPITI TELEFONICI

**URGENZA DELLA DOMANDA:**

- ESTREMA                                       ORDINARIA                                       INSERIMENTO IN LISTA  
D'ATTESA A SCOPO  
PREVENTIVO

**MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:**

- STATO DI SALUTE                                       SOLITUDINE  
 PROBLEMI FAMILIARI                                       ALTRO (specificare):.....  
.....  
 CONDIZIONI ABITATIVE                                       ALLOGGIO NON ADEGUATO  
 TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA                                       EVENTUALE SFRATTO

**SEZ. 2                                      DATI PERSONALI**

**SCOLARITÀ:**

- ELEMENTARI                                       SUPERIORI                                       ALTRO .....

**ATTIVITÀ LAVORATIVA:**

.....

**IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:**

- CONSENZIENTE                                       INDIFFERENTE                                       NON IN GRADO DI DECIDERE  
 CONTRARIO                                       NON INFORMATO

**LA RICHIESTA È PER UN RICOVERO:**

- TEMPORANEO                                       DEFINITIVO

**STATO CIVILE:**

- CELIBE / NUBILE  
 CONIUGATO / A  
 SEPARATO / A  
 DIVORZIATO / A  
 VEDOVO / A

**PENSIONE TIPO :**

- ANZIANITA' -VECCHIAIA                                       REVERSIBILITÀ                                       INVALIDITÀ SOCIALE  
 ALTRO (indicare il tipo)                                       NESSUNA PENSIONE

**INVALIDITÀ CIVILE:**

- IN CORSO                                       RICONOSCIUTA, AL \_\_\_\_\_ %                                       DOMANDA NON PRESENTATA

**INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NON RICONOSCIUTA       | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) | <input type="checkbox"/> CIECO ASSOLUTO                    |
| <input type="checkbox"/> IN ATTESA              |   | <input type="checkbox"/> CIECO CON RESIDUO VISIVO          |
| <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA |   | <input type="checkbox"/> INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO |
|   |   | <input type="checkbox"/> SORDOMUTO                         |

**RICONOSCIMENTO L. 104 /92**

- |                                   |                             |                             |   |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> IN CORSO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|

**SEZ. 3 RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI****ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AL PROPRIO DOMICILIO                                       | <input type="checkbox"/> PRESSO PROPRI FAMILIARI   |
| <input type="checkbox"/> IN OSPEDALE (INDICARE QUALE).....<br>.....<br>REPARTO..... | <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)<br>.....<br>REPARTO |
| <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)<br>.....            | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO   |

**SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:**

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DI PROPRIETÀ | <input type="checkbox"/> IN AFFITTO |
|---------------------------------------|-------------------------------------|

**SITUAZIONE FAMILIARE:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO     | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |
| <input type="checkbox"/> NON VIVE SOLO |  |
| <input type="checkbox"/> CONIUGE       |  |
| <input type="checkbox"/> FIGLIO/A      |  |
| <input type="checkbox"/> BADANTE       |  |
| <input type="checkbox"/> ALTRO         |  |

**IL CONVIVENTE È:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> AUTOSUFFICIENTE | <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE | <input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENTE |
|--|---|--|

**ELENCO DEI PRINCIPALI FAMILIARI O PARENTI**

|   | COGNOME E NOME | ETA' | INDIRIZZO (Città, via, n°civico) | TELEFONO | CONVIVENTE?                 |                             |
|---|----------------|------|----------------------------------|----------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1 |                |      |                                  |          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2 |                |      |                                  |          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3 |                |      |                                  |          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 4 |                |      |                                  |          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

**SERVIZI TERRITORIALI DI CUI USUFRUISCE:**

|  |   |
|--|---|
| <b>SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:</b><br><input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE<br><input type="checkbox"/> PULIZIA CASA<br><input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA<br><input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA<br><input type="checkbox"/> PASTO CALDO<br><input type="checkbox"/> TELESOCCORSO<br><input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____ | <b>ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)</b><br><input type="checkbox"/> M.M.G.<br><input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE<br><input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE<br><input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____ |
|--|---|

**ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:**

- CENTRO PSICOSOCIALE       CENTRO DIURNO ANZIANI       CENTRO DIURNO INTEGRATO

**USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDI A DOMICILIO:**

- CARROZZINA       MATERASSO ANTIDECUBITO       SOLLEVATORE  
 ALTRO (specificare).....

**SEZ. 4      ADEMPIMENTI PRIVACY**

Sarà cura della RSA individuata dare applicazione al Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali del 27 aprile 2016 n. 679.

**La Richiesta viene inoltrata:**

- DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO       ALTRO  
 DA UN PARENTE (specificare).....      (specificare).....

(NOME E COGNOME) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Firma dell' interessato o del richiedente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Si allega :**

- copia carta d'identità dell'interessato
- copia tessera sanitaria dell'interessato