	SGO	SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO
	Rev.01 del 23/05/2019	M 07.1 DOMANDA DI AMMISSIONE A RSA/CDI

FAX 0364/362161

DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA _____

R.S.A.

R.S.A. / sollievo

C.D.I.

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- di essere nato/a _____ (prov. _____) il _____

- di essere residente a _____ (prov. _____)

Via _____, n. ___ tel. _____

Codice fiscale _____

Tessera Sanitaria _____

Medico di base _____


ATS di appartenenza _____

- di trovarsi nella condizione socio – sanitaria come da scheda sanitaria allegata

NAP (Non Autosufficiente Parziale)

NAT (Non Autosufficiente Totale)

R E S I D E N Z A S A N I T A R I O – A S S I S T E N Z I A L E
C E N T R O D I U R N O I N T E G R A T O

	SGO	SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO
		M 07.1
	Rev.01 del 23/05/2019	DOMANDA DI AMMISSIONE A RSA/CDI

STATO CIVILE

- celibe/nubile
- coniugato/a
- separato/a
- divorziato/a
- vedovo/a
- non dichiarato

TIPO DOMANDA

- nuova domanda
- domanda presentata in precedenza
- inserimento avvenuto
- rinuncia temporanea
- rinuncia definitiva
- decesso

SITUAZIONE ABITATIVA

- vive solo
- vive con altri famigliari/convivente
- vive solo con badante
- vive con altri famigliari/convivente e badante
- vive con altre persone (non parenti e non parner)
- informazione non nota

MOTIVO DELLA DOMANDA

- ha perso l'autonomia fisica/psichica
- la famiglia non è in grado di provvedere
- l'alloggio non è idoneo
- altro

FIGLI VIVENTI

maschi: n°

femmine: n°

TITOLO DI STUDIO

ULTIMA ATTIVITA' SVOLTA

PROVENIENZA OSPITE

- direttamente dal domicilio
- struttura psichiatrica
- struttura sanitaria accreditata
- struttura sanitaria non accreditata
- in dimissione da Istituto di riabilitazione
- in dimissione da altro regime di tipologia (CDI)
- dimesso da altra Struttura (specificare il regime)
- altro

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

- non è stato mai richiesto
- è nominato l'Amministratore di Sostegno nella persona di _____
- è in corso la pratica di nomina dell'Amministratore di Sostegno
- interessati a presentare domanda

ASSEGNO ACCOMPAGNAMENTO

- si
- in attesa
- no

INOLTRE E' STATO RICONOSCIUTO INVALIDO

- si
- no
- % di invalidità


ASSISTENZA DOMICILIARE

- soggetto in voucher sociale - Comunità Montana
- soggetto in voucher socio sanitario- ADI
- buono socio sanitario

SITUAZIONE PENSIONISTICA

- nessuna pensione
- anzianità/vecchiaia
- sociale
- tipologia speciale (guerra, infortunio)
- reversibilità
- invalidità
- pensione estera (stato _____)
- altro (specificare _____)

R E S I D E N Z A S A N I T A R I O – A S S I S T E N Z I A L E
C E N T R O D I U R N O I N T E G R A T O

	SGO	SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO
	Rev.01 del 23/05/2019	M 07.1
		DOMANDA DI AMMISSIONE A RSA/CDI

DICHIARA inoltre

SITUAZIONE ABITATIVA PRECEDENTE IL RICOVERO

Tipo di godimento proprietà in affitto da ____ mesi/anni
 (una sola risposta) usufrutto
 titolo gratuito
 non proprio, non in affitto

E' in atto lo sfratto esecutivo?

- Si presso
 No

Dislocazione nel territorio servita
 poco servita
 (una sola risposta) isolata

Barriere architettoniche assenti
 (una sola risposta) solo esterne
 interne

Piano _____ Ascensore Si No

<u>INIZIATIVA DELLA DOMANDA</u>	<u>TIPOLOGIA ASSISTENZA</u>
<input type="checkbox"/> il soggetto stesso <input type="checkbox"/> familiare o affine <input type="checkbox"/> assistente sociale <input type="checkbox"/> medico <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> ricovero ordinario <input type="checkbox"/> ricovero di sollievo <input type="checkbox"/> CDI

e **CHIEDE**

di essere ammesso/a in

1. R.S.A. • A LUNGO TERMINE • TEMPORANEO
 2. CDI

Si impegna a corrispondere la retta stabilita dal Consiglio di Amministrazione.


Altre strutture di interesse:

- 1) _____
 2) _____
 3) _____

In fede

 (firma del richiedente)

R E S I D E N Z A S A N I T A R I O – A S S I S T E N Z I A L E
 C E N T R O D I U R N O I N T E G R A T O

	SGO	SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO
	Rev.01 del 23/05/2019	M 07.1 DOMANDA DI AMMISSIONE A RSA/CDI

PERSONA DI RIFERIMENTO: (per aspetti economici e legali). In caso di mancanza di parenti da compilarsi da parte del Comune. Con la firma seguente la persona di riferimento (o il Comune) si impegna a rispondere personalmente al pagamento della retta giornaliera, in caso di impossibilità da parte dell'Ospite, in caso di ammissione dello stesso.

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono e indirizzo mail
Grado di parentela		Firma

ALTRE PERSONE OBBLIGATE

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono Telefono e indirizzo mail
Grado di parentela		Firma
Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono e indirizzo mail
Grado di parentela		Firma

Documenti da allegare alla domanda, debitamente compilati:

- SCHEDA SANITARIA
- INFORMATIVA PRIVACY
- CARTA D'IDENTITA'
- TESSERA SANITARIA