	SGO	SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO
	Rev.02 del 11/05/2021	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.02 del 11/05/2021	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 partner)
- 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.02 del 11/05/2021	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 isolata
 (una sola risposta)

Barriere architettoniche assenti solo esterne interne
 (una sola risposta)

Piano _____ Ascensore Si No

<p style="text-align: center;"><u>INIZIATIVA DELLA DOMANDA</u></p> <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	<p style="text-align: center;"><u>TIPOLOGIA ASSISTENZA</u></p> <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

RESIDENZA SANITARIO – ASSISTENZIALE
CENTRO DIURNO INTEGRATO

	SGO	SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO
		M 07.1
	Rev.02 del 11/05/2021	DOMANDA DI AMMISSIONE A RSA/CDI

(firma del richiedente)

PERSONA DI RIFERIMENTO: (per aspetti economici e legali). In caso di mancanza di parenti da compilarli 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 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
- CERTIFICATO VACCINALE PER COVID-19