


|   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
|  | SGO                      | SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO                                |
|   | Rev.03 del<br>21/04/2022 | <b>M 07.1</b><br>DOMANDA DI AMMISSIONE A RSA/CDI/CURE INTERMEDIE |

**FAX 0364/362161**

DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA \_\_\_\_\_

**R.S.A.**

**CURE INTERMEDIE**


**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

|   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
|  | SGO                      | SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO               |
|   |                          | M 07.1  |
|   | Rev.03 del<br>21/04/2022 | DOMANDA DI AMMISSIONE A RSA/CDI/CURE INTERMEDIE |

### 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 familiari/convivente
- vive solo con badante
- vive con altri familiari/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

\_\_\_\_\_

### ASSISTENZA DOMICILIARE

- non è stato mai richiesto
- soggetto in voucher sociale - Comunità Montana
- soggetto in voucher socio sanitario- ADI
- buono socio sanitario

### 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

### SITUAZIONE PENSIONISTICA

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

|   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
|  | SGO   | SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO |
|   |   | <b>M 07.1</b>                     |
| Rev.03 del<br>21/04/2022  | DOMANDA DI AMMISSIONE A RSA/CDI/CURE INTERMEDIE |                                   |

**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<br><input type="checkbox"/> familiare o affine<br><input type="checkbox"/> assistente sociale<br><input type="checkbox"/> medico<br><input type="checkbox"/> tutore<br><input type="checkbox"/> altro | <input type="checkbox"/> ricovero rsa<br><input type="checkbox"/> cure intermedie<br><input type="checkbox"/> CDI |

**SUPPORTO SOCIALE E FAMILIARE PRESENTE:**  si  no  \_\_\_\_\_

**IN CASO DI DIMISSIONE DALLA NOSTRA STRUTTURA SI PREVEDE:**

- rientro certo a domicilio  
 necessità di ricovero a lungo termine  
 necessità di attivazione di servizio semiresidenziale  
 necessità di attivazione servizi domiciliari  
 altro \_\_\_\_\_

|   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
|  | SGO                      | SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO               |
|   |                          | <b>M 07.1</b>                                   |
|   | Rev.03 del<br>21/04/2022 | DOMANDA DI AMMISSIONE A RSA/CDI/CURE INTERMEDIE |

## CHIEDE

di essere ammesso/a in

1.  R.S.A.
2.  CURE INTERMEDIE
3.  CDI

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

Altre strutture di interesse:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

(firma del richiedente)


**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<br>Luogo e data di nascita | Indirizzo | Telefono e indirizzo<br>mail |
|---|-----------|------------------------------|
|   |           |                              |
| Grado di parentela                        |           | Firma                        |

## ALTRE PERSONE OBBLIGATE

| Cognome e Nome<br>Luogo e data di nascita | Indirizzo | Telefono e indirizzo<br>mail |
|---|-----------|------------------------------|
|   |           |                              |
| Grado di parentela                        |           | Firma                        |

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               |
|   |                          | <b>M 07.1</b>                                   |
|   | Rev.03 del<br>21/04/2022 | DOMANDA DI AMMISSIONE A RSA/CDI/CURE INTERMEDIE |

|   |           |                              |
|---|-----------|------------------------------|
| Cognome e Nome<br>Luogo e data di nascita | Indirizzo | Telefono e indirizzo<br>mail |
|   |           |                              |
| Grado di parentela                        |           | Firma                        |

Documenti da allegare alla domanda, debitamente compilati:

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