

**DOMANDA DI INSERIMENTO**  
**PRESSO I CENTRI DIURNI INTEGRATI ASL MILANO**  
PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Genere:  M  F

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria/Codice assistito \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

Domicilio (compilare solo se differente dalla residenza):

Domiciliato in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

**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: casa \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo e mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Legame di parentela \_\_\_\_\_

**GIORNI E ORARIO DI FREQUENZA  
RICHIESTI**

- Un giorno
- Due giorni
- Tre giorni
- Quattro giorni
- Cinque giorni
- Sei giorni
- Sette giorni
- Mezza giornata       Giornata completa

**SERVIZIO DI TRASPORTO**

- Richiesto:  andata  ritorno
- Non richiesto

**MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_ Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

## COMPILAZIONE A CURA DEL RICHIEDENTE

CON CHI VIVE
<input type="checkbox"/> Solo
<input type="checkbox"/> Coniuge
<input type="checkbox"/> Figli
<input type="checkbox"/> Altri parenti _____
<input type="checkbox"/> Badanti
Presenza _____
_____
_____
<input type="checkbox"/> Altro _____
_____

TUTELA
<input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno N° decreto _____
<input type="checkbox"/> Inabilità
<input type="checkbox"/> Interdizione
<input type="checkbox"/> Curatela/procura
Nome e cognome: _____
Recapiti: _____
_____
_____

SITUAZIONE ABITATIVA
<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche
<input type="checkbox"/> Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto: _____
<input type="checkbox"/> Presenza ascensore
<input type="checkbox"/> Servizi igienici adeguati
<input type="checkbox"/> Presenza servizi portierato
<input type="checkbox"/> Zona di Milano _____

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> Privato
<input type="checkbox"/> Convenzione con _____

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL CDI
<input type="checkbox"/> Direttamente
<input type="checkbox"/> Assistente Sociale
<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante)
<input type="checkbox"/> Medico specialista _____
<input type="checkbox"/> Passaparola
<input type="checkbox"/> Pubblicità
<input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni
<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Associazioni / Altro _____

### DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CODICE FISCALE
- ↳ CARTA DI IDENTITÀ
- ↳ TESSERA SANITARIA

Ai sensi dell'art.10 della D.L.gs.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

# COMPILAZIONE A CURA DI UN OPERATORE DEL CDI

Cognome e Nome Ospite \_\_\_\_\_

SITUAZIONE FAMILIARE
<input type="checkbox"/> Coniugato/a
<input type="checkbox"/> Divorziato/a
<input type="checkbox"/> Celibe/nubile
<input type="checkbox"/> Separato/a
<input type="checkbox"/> Vedovo/a
<input type="checkbox"/> Non dichiarato
<input type="checkbox"/> Fratelli (N:     )
<input type="checkbox"/> Sorelle (N:     )
<input type="checkbox"/> Figli (N:     )
<input type="checkbox"/> Figlie (N:     )
Recapiti:
_____
_____
_____
_____

SITUAZIONE ECONOMICA
<input type="checkbox"/> Nessuna pensione
<input type="checkbox"/> Anzianità/vecchiaia
<input type="checkbox"/> Minima/sociale
<input type="checkbox"/> Guerra/infortunio sul lavoro, etc
<input type="checkbox"/> Reversibilità
<input type="checkbox"/> In attesa di invalidità
<input type="checkbox"/> Invalidità
↳ Tipo di invalidità:
_____
↳ Indennità accompagnamento
<input type="checkbox"/> si
<input type="checkbox"/> In attesa accompagnamento
<input type="checkbox"/> no

LIVELLO DI ISTRUZIONE
<input type="checkbox"/> Nessuno
<input type="checkbox"/> Licenza elementare
<input type="checkbox"/> Diploma medie inferiori
<input type="checkbox"/> Diploma medie superiori in _____
<input type="checkbox"/> Laurea in: _____
<input type="checkbox"/> Altro _____

PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO
<input type="checkbox"/> Casalinga
<input type="checkbox"/> Agricoltore
<input type="checkbox"/> Operaio (ambito _____)
<input type="checkbox"/> Impiegato (ruolo _____)
<input type="checkbox"/> Artigiano (ambito _____)
<input type="checkbox"/> Insegnante (in _____)
<input type="checkbox"/> Imprenditore (ambito _____)
<input type="checkbox"/> Libero Professionista ( _____)
<input type="checkbox"/> Altro _____

RICHIESTA DI INSERIMENTO (CDI WEB)
<input type="checkbox"/> Assistente sociale
<input type="checkbox"/> Familiare/affine
<input type="checkbox"/> MMG
<input type="checkbox"/> Medico ospedaliero/specialista
<input type="checkbox"/> Propria
<input type="checkbox"/> Soggetto civilmente obbligato

MOTIVAZIONE INSERIMENTO (CDI WEB)
<input type="checkbox"/> Alloggio non idoneo
<input type="checkbox"/> Altra motivazione sociale
<input type="checkbox"/> Insufficiente supporto familiare
<input type="checkbox"/> Perdita autonomia (decorso degenerativo)
<input type="checkbox"/> Solitudine
<input type="checkbox"/> Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)

PROVENIENZA (CDI WEB)
<input type="checkbox"/> Dal domicilio <input type="checkbox"/> Da istituto di ricovero per acuti <input type="checkbox"/> Da struttura sociale <input type="checkbox"/> Da istituto di riabilitazione (compresi ex drg 5000/2007) <input type="checkbox"/> Da CSS <input type="checkbox"/> Da RSA <input type="checkbox"/> Da RSD <input type="checkbox"/> Altro: _____

TIPOLOGIA DI POSTO (CDI WEB)
<input type="checkbox"/> Autorizzato <input type="checkbox"/> Accreditato <input type="checkbox"/> Accreditato e contrattualizzato

### SERVIZI SOCIO SANITARI ATTIVI

<input type="checkbox"/> CMA di zona _____ Assistente sociale di riferimento: _____ Recapiti: _____ <input type="checkbox"/> SAD _____ <input type="checkbox"/> ADI _____	<input type="checkbox"/> CPS _____ <input type="checkbox"/> Custode sociale – Portierato Sociale _____ <input type="checkbox"/> Associazioni volontariato _____ <input type="checkbox"/> Parrocchie _____ <input type="checkbox"/> Altro _____
---	---

### ANALISI DEI BISOGNI

↺ Bisogni di tipo sociale <input type="checkbox"/> socializzazione per condizione di solitudine <input type="checkbox"/> arricchimento rete sociale <input type="checkbox"/> supporto familiare per problematiche di tipo sociale <input type="checkbox"/> supporto familiare per difficoltà di tipo relazionale _____ _____
↺ Bisogni di tipo sanitario <input type="checkbox"/> somministrazione terapia farmacologica <input type="checkbox"/> interventi medico-infermieristici <input type="checkbox"/> attività di riabilitazione funzionale (motoria/cognitiva) _____ _____
↺ Bisogni di tipo assistenziale <input type="checkbox"/> elevato carico assistenziale al domicilio <input type="checkbox"/> disturbi del comportamento /disturbi di tipo psichiatrico _____ _____ Eventuale attivazione servizi all'interno della rete _____ _____

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_ Firma del compilatore \_\_\_\_\_