

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA ASL MILANO

RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: casa/ufficio _____

Recapiti telefonici: cellulare _____

E-mail: _____ @ _____ . _____

Altri riferimenti: _____

In qualità di _____

RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Numero documento di identità _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Esenzione _____

ASL di appartenenza _____ Distretto _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapito Telefonico _____

Cittadinanza _____

Religione _____

Compilare solo se occorre

- Domicilio differente dalla residenza:

Domiciliato in _____ CAP _____

Via / Corso _____

- Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA ASL MILANO

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

- Condizioni abitative non idonee
 - Vive solo/sola
 - Perdita autonomia
 - Quadro clinico compromesso
 - Mantenimento/miglioramento capacità residue
 - Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)
- _____

PROVENIENZA

- Domicilio
 - Istituto di ricovero per acuti (ospedale)
 - Struttura psichiatrica
 - Istituto di riabilitazione
 - Altra RSA
 - Altro: _____
- _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO

- Tempo determinato
- Lungodegenza

Preferenza tipologia di camera:

CONVENZIONE

- NO
 - SI, con il seguente ente:
- _____
- _____

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO

SI NO, motivazione: _____

note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA

Con chi vive:

- Solo
 - Coniuge
 - Figli
 - Altri parenti: _____
 - Badanti
- Presenza:
- _____
- _____

Altro: _____

- Casa di proprietà
- Affitto
- Casa ALER
- Usufrutto
- Altro: _____

TUTELA

NO SI:

Amministrazione di sostegno

- In corso
- Numero decreto: _____

- Interdizione
- Altro: _____

Nome e Cognome AdS/Tutore:

Qualifica:

- Familiare: _____
 - Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.)
- _____
- _____

Recapiti:

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA ASL MILANO

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"/> Altro: _____
<input type="checkbox"/> Fratelli (N:) <input type="checkbox"/> Sorelle (N:)
<input type="checkbox"/> Figli (N:) <input type="checkbox"/> Figlie (N:)

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 ↳ Codice: _____
↳ Percentuale: _____ %
↳ Indennità accompagnamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> in attesa di accompagnamento

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 _____

SERVIZI SOCIO SANITARI
Servizi Socio Sanitari attivi: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare):
<input type="checkbox"/> CMA di zona _____ Assistente sociale: _____ Recapiti: _____ Tipo di servizi usufruiti: _____
<input type="checkbox"/> Custode sociale – Portierato Sociale _____
<input type="checkbox"/> ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
<input type="checkbox"/> CDI (Centro Diurno Integrato) _____
<input type="checkbox"/> CPS (Centro Psico Sociale) _____
<input type="checkbox"/> Associazioni di volontariato _____
<input type="checkbox"/> Altro (ad esempio: telesoccorso, etc) _____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA ASL MILANO

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- Direttamente
- Servizio Sociale di: CMA Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista _____
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del 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, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: ____ / ____ / 20__

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....