

L'obiettivo del modulo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

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

Cognome e Nome _____

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

 in qualità di AdS Tutore Altro, specificare _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: _____

E-mail: _____@_____

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico
1)		
2)		

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

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

 Codice Fiscale _____ Età _____ Genere: M F

Documento di identità n. _____ Scadenza ____/____/____

Codice Assistito _____ Codice Esenzione _____

Medico curante (Nome e recapito telefonico) _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____ Recapito telefonico _____

Domicilio se diverso dalla residenza: _____

ATS di appartenenza _____ Cittadinanza _____

Se cittadino extracomunitario:

 Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____/____/____

RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RA

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)

Firma della persona o del richiedente _____ data _____

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

- Condizioni abitative non idonee
- Vive solo/sola
- Mantenimento/miglioramento capacità residue
- Rischio permanenza al domicilio
- Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)

PROVENIENZA

- Domicilio
- Istituto di ricovero per acuti (ospedale)
- Istituto di riabilitazione
- Altra RA
- Altro: _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO

- Tempo determinato
- Lungodegenza

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: _____
- Assistente familiare (ore/die) _____
- Altro: _____

TUTELA

- NO SI:
- Amministrazione di sostegno / Tutela
 - In corso
 - Numero decreto: _____
 - Altro: _____

Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...):

Qualifica:

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

Recapiti:

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

SI

NO

SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Altro: _____

- Fratelli (N:)
- Sorelle (N:)

- Figli (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infortunio sul lavoro, etc
- Reversibilità

- In attesa di invalidità civile
- Invalidità
 - Codice: _____
 - Percentuale: _____%
 - Indennità accompagnamento
 si no In attesa

LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- Nessuna scolarità
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiore in _____
- Laurea in _____
- Altro: _____
- Professione pre pensionamento _____
- Interessi / hobby _____

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RA

- Direttamente
- Servizio Sociale di: Centri Sociali Territoriali 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
- CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- TESSERA SANITARIA ATTIVATA
- EVENTUALI ESENZIONI
- VERBALE INVALIDITÀ
- ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del D.L.gs.196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 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 Strutturaricevente.

DATA: ____/____/20__

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....