



DOMANDA DI INGRESSO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)

Dati dell'interessato:

Cognome..... Nome

Sesso F M Stato civile Data di nascita

Luogo di nascita Provincia.....

Residenza in vian. Comune

Prov. C.A.P. Recapito telefonico.....

Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*)

Carta Regionale dei Servizi (*allegare copia fronte-retro*).....

Carta d'identità (*allegare copia*).....

Amministratore di Sostegno: Sì No

Tutore: Sì No

Tipo di pensione/i:

Tipo di invalidità:..... % di invalidità civile:.....

Indennità di accompagnamento: Sì No

Esenzione ticket sanitario per:

Pratiche in corso per:

CHIEDE L'INGRESSO IN R.S.A. (Casa di Riposo)

In modo temporaneo dal al

In modo definitivo

Persona di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela o giuridico.....		
Cognome.....	Nome	
Data di nascita.....	Luogo di nascita	Prov.....
Residenza in via.....n. Comune		
Prov.....	C.A.P.	Recapito telefonico.....
Recapito e- mail		
Carta identità (<i>allegare copia</i>) Codice fiscale (<i>allegare copia</i>).....		

Sono parte integrante della presente domanda:

1. la scheda sociale (All. A)
2. la scheda sanitaria (All. B)
3. eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile
4. autocertificazione (in All. A) del nucleo familiare originario (coniuge vivente e tutti i figli viventi)
5. eventuale atto di nomina dell'Amministratore di Sostegno / Tutore (o copia dell'istanza presentata)

Eventuale altra documentazione potrà essere richiesta dall'Ente Gestore in caso di accoglimento della domanda

AI SENSI DEL D.P.R. NR.445/00 LE DICHIARAZIONI MENDACI CONTENUTE NELLA PRESENTE SARANNO PERSEGUIBILI IN BASE ALLA NORMATIVA VIGENTE.

Il sottoscritto dichiara di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679, compreso l'inserimento nella lista d'attesa predisposta da ATS. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge. Il Titolare del trattamento è Casa di Riposo e Farmacia della Casa di Riposo di Sovere nella persona del legale rappresentante e il nome del Responsabile del trattamento dati è disponibile in segreteria.

L'informativa completa è consultabile sul sito www.casadiripososovere.it alla voce Privacy”.

Data,.....

Firma dell'interessato

N.B.: PER I CASI IN CUI L'INTERESSATO NON SIA IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE DOMANDA DI AMMISSIONE (DPR N° 445/2000 ART.4, COMMA 2) SI RICHIEDE AL COMPILATORE DI INTEGRARE DI SEGUITO:

Cognome e nome del compilatore della domanda

Firma

Cognome..... Nome..... Firma

LA PRESENTE DOMANDA HA VALIDITÀ MASSIMA DI UN ANNO DALLA DATA DELLA SUA PRESENTAZIONE, SALVO NECESSITÀ DI ULTERIORI CHIARIMENTI E/O INTEGRAZIONE DOCUMENTALE NECESSARIA ALLA RSA PER LA GESTIONE DELLA DOMANDA E/O DELL'EVENTUALE INSERIMENTO IN STRUTTURA

Area riservata alla RSA	Classe SOSIA _____	Data _____
-------------------------	--------------------	------------



SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE
(allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)

COGNOME..... **NOME**

Scheda compilata da:

- sig./rain qualità di (*rapporto Familiare o Giuridico*)
- Ass.te Sociale (Cognome e nome) del territorio di

USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- ADI RSA Aperta
- SAD CDI
- Assistente Familiare
- Altro (*specificare*)

INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI

attualmente la persona vive:

- solo
- in altra struttura
- Altro (*specificare*)

L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI

- Tutore
- Curatore
- Amministratore di Sostegno
- Ha in corso la pratica per la nomina di (*specificare*)

PARENTI REFERENTI PER EVENTUALI CONTATTI

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.	RECAPITO E-MAIL

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì No

Se NO, perché

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì No

Se SI', indicare dove e il periodo

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA

Indicare Cognome, Nome e recapito telefonico del **Medico di Medicina Generale**
.....

PROTESI E AUSILI IN USO

- deambulatore personale ASST
- materassino e cuscino antidecubito personale ASST
- letto ortopedico personale ASST
- presidio per incontinenza personale ASST
- altro (*specificare*)

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

- zona isolata (abitazione in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi,etc.)
- zona decentrata (abitazione in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

ADEGUATEZZA ABITAZIONE

BARRIERE ARCHITETTONICHE

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

BAGNO

- interno
- esterno
- supporti antiscivolo:
Sì No

RISCALDAMENTO

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

MOTIVO DEL RICOVERO

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri? (es: fine settimana)

- Sì No

AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO ORIGINARIO

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA ATTUALE	RECAPITO TELEFONICO

Il sottoscritto..... in qualità di..... dichiara che il/la sig.r/ra non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

Data, **FIRMA**
