

Sistema Socio Sanitario



A.C.R.B.  
Associazione Case di Riposo  
della Provincia di Bergamo



**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 via .....n. .... 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.**

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)
6. Copia carta di identità interessato e persona di riferimento
7. Copia carta regionale servizi (tessera sanitaria) interessato e persona di riferimento

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 Fondazione Bottaini De' Capitani – O.N.L.U.S. 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.casadiriposoovere.it](http://www.casadiriposoovere.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./ra .....in 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./sig.ra ..... non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

*Data,* **FIRMA**

\_\_\_\_\_