Domanda per l'accesso in RSA
(Nel caso venga presentata da persona diversa dall'interessato)

Azienda Sanitaria A.S.L. RM G

Centro di Assistenza

Domiciliare di

Il sottoscritto
nato a il
residente a
via tel.
orari di reperibilità in qualità di

CHIEDE

La valutazione multidisciplinare per l'accesso in RSA del sig.
nato a il
residente a Via
attualmente domiciliato
il sig.

già a carico dei servizi socio - sanitari pubblici
per interventi di :

SI

NO

Assistenza economica

Assistenza domiciliare

Assistenza CAD

Casa di riposo :
INDICARE

Centro di riabilitazione:
INDICARE

Ospedale o casa di cura :
INDICARE

Allego:

- Scheda socio - anagrafico (mod.A1)
- Dichiarazione sostitutiva della posizione reddituale (mod.A2)
- Certificazione sanitaria del medico curante (mod.A3)

Data

Firma

SCHEDA SOCIO-ANAGRAFICA PER ACCESSO RSA

Cognome _____ Nome _____

luogo di nascita _____

Residenza: Comune _____ via _____ n. _____

Telefono _____ codice fiscale _____ tessera sanitaria n. _____

Medico di base _____ tel. _____

Stato giuridico

- 1. soggetto di diritto
- 2. soggetto posto a curatela
- 3. soggetto posto a tutela

Sesso

- maschio
- femmina

Stato civile

- 1. celibe/nubile
- 2. coniugato/a
- 3. vedovo/a
- 4. separato/a
- 4. divorziato/a

Titolo di studio

- 1. senza titolo di studio
- 2. licenza elementare
- 3. licenza scuola media inferiore
- 4. licenza media superiore
- 5. laurea

Professione esercitata in età lavorativa

Ramo di attività

- 1. Agricoltura
- 2. Industria
- 3. Commercio, alberghi, pubblici esercizi
- 4. Pubblica Amm.ne, servizi (pubblici e privati)

Posizione nella professione

- 5. Imprenditore
- 6. Dirigente o impiegato
- 7. Lavoratore in proprio o coadiuvante
- 8. Lavoratore dipendente

Condizione non professionale

- 1. Casalinga
- 2. Invalido
- 3. Altro

Pensione percepita

- 1. Sociale
- 2. Reversibilità
- 3. Assegno accompagnamento
- 4. Vecchiaia
- 5. Assicurazione
- 6. Altro
- 7. Invalidità
- 8. Vitalizio
- 9. Nessuna

Segue: SCHEDA SOCIO-ANAGRAFICA PER ACCESSO RSA

Ha a disposizione un alloggio?

SI

NO

1. di proprietà
2. in affitto
3. in casa con i figli
4. di altri parenti

canone mensile L.

È adeguato

SI

NO

Composizione del nucleo dei conviventi

1. solo/a
2. con coniuge
3. con figli n.

anno di nascita

1°

2°

3°

4. con genitori
5. altri parenti
6. altri non parenti
7. con personale retribuito
8. in casa di riposo o altra struttura
(indicare)

Familiari tenuti all'obbligo degli alimenti ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile

..... c.f.

..... c.f.

Reddito totale anno solare precedente

Firma del richiedente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA POSIZIONE REDDITUALE PER L'ACCESSO IN RSA

Il sottoscritto
 nato a il
 residente in via n.
 codice fiscale

Valendomi della disposizione di cui agli artt. 2 e 4 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt. 483, 495 e 496 del codice penale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 24 della legge 13 aprile 1977, n. 114, sotto la mia personale responsabilità

Dichiara

di essere titolare di:	SI	NO
— pensione sociale	☐	☐
— assegno di accompagnamento	☐	☐

(altri redditi)

☐ Pensione di reversibilità	lire
☐ Pensioni di guerra	lire
☐ Rendita o pensione da rapporto di lavoro o altro titolo	lire
☐ Pensione o assegno di invalido civile	lire
☐ Pensione ciechi parziali o assoluti	lire
☐ Indennità di comunicazione	lire
☐ Rendite da Patrimonio o altro	lire

Data

Totale

Firma

Nel caso di presentazione della domanda da parte di persone diverse dall'assistito, le notizie relative alla posizione reddituale dell'interessato vengono fornite dal dichiarante che ne assume la responsabilità sulla completezza e veridicità.

Il sottoscritto
 nato a il
 residente in via n.
 codice fiscale

Valendomi della disposizione di cui agli artt. 2 e 4 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni degli artt. 483, 495 e 496 del codice penale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 24 della legge 13 aprile 1977, n. 114, sotto la mia personale responsabilità

Dichiara

Il/la sig/ra
 nato/a a il
 residente in via n.
 codice fiscale

è titolare di:

SI

NO

— pensione sociale

— assegno di accompagnamento

(altri redditi)

Pensione di reversibilità

lire

Pensione di guerra

lire

Rendita o pensione da rapporto di lavoro o altro titolo

lire

Pensione o assegno di inquadro civile

lire

Pensione ciechi parziali o assoluti

lire

Indennità di comunicazione

lire

Rendite da Patrimonio o altro

lire

Data

Totale

Firma

Nel caso in cui ricorrano le condizioni di un eventuale intervento economico del comune di residenza per la corresponsione della quota-parte della retta per le spese non sanitarie, deve essere prodotta la documentazione attestante quanto dichiarato.

Azienda U.S.L. RM G

PROPOSTA DI ACCESSO IN RSA (da compilarsi a cura del medico curante)

Sig. età

via Comune di

1. ☐ Patologia di rilievo
Neoplasie	7. ☐ Condizioni Invalidanti Cardiovascolari
2. ☐ Demenza	8. ☐ Condizioni Invalidanti Apparato locomotore
3. ☐ Cecità	9. ☐ Condizioni Invalidanti Apparato respiratorio
4. ☐ Sordità	10. ☐ Condizioni Invalidanti Apparato genito urinario
5. ☐ Sindromi	11. ☐ Condizioni Invalidanti Neurologiche Psichiatriche
6. ☐ Altro	12. ☐

Diagnosi:

La persona è già inserita in un programma di:

- Assistenza programmata
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza in casa di riposo
- Assistenza in casa di cura per lungodegenti
- Assistenza in centro di riabilitazione post-acuzie
- Assistenza centro di riabilitazione ex art. 26/833
- Assistenza in ospedale
- Il paziente è trasportabile SI NO

Condizioni sanitarie e sociali che motivano la proposta di inserimento in RSA:

Data

Timbro, codice regionale
e firma del medico

Indirizzo e telefono ambulatorio