

Distretto di _____

MODULO RICHIESTA RSA

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____ residente a _____

Via _____ tel _____ C: F: _____

orari di reperibilità _____ in qualità di _____

CHIEDE

La valutazione multidisciplinare per l'accesso in RSA/LDG

del Sig. _____ nato a _____

il _____ residente a _____ Via _____

Attualmente domiciliato _____ tel. _____

C:F: _____ Cod. Regionale _____

Medico di base _____ tel. _____

A tal fine dichiara che il Sig. _____

E' già a carico dei servizi sociosanitari pubblici SI NO

Assistenza economica Assistenza Domiciliare Sociale Assistenza CAD

Casa di riposo _____ Centro di riabilitazione _____

Ospedale o Casa di cura _____

Stato Giuridico:

Soggetto di diritto Soggetto posto a curatela Soggetto posto a tutela

Sesso : maschio femmina

Stato Civile:

Celibe/Nubile

Coniugato/a

Vedovo/a

Separato/a

Divorziato/a

Titolo di studio:

Senza titolo di studio

Licenza elementare

Licenza media inferiore

Licenza media superiore

Professione esercitata in età lavorativa

Ramo di attività:

Agricoltura

Industria

Commercio, Alberghi; Pubblici esercizi

Pubblica Amministrazione, Servizi (pubblici-privati)

Dirigente

Impiegato

Imprenditore

Lavoratore in proprio o coadiuvante

Lavoratore dipendente

Condizione non professionale:

Casalinga

Invalido

Altro

Pensione percepita:

Sociale

Vecchiaia

Invalidità

Reversibilità

Assicurazione

Vitalizio

Assegno di accompagnamento

Altro

Nessuna

Ha a disposizione un alloggio?

SI

NO

Di proprietà

In casa con i figli

Di altri parenti

In affitto

Canone mensile € _____

E' adeguato?

SI

NO

Composizione del nucleo dei conviventi:

Solo/a Con coniuge Anno di nascita _____
Con figli Anno di nascita _____
Anno di nascita _____
Anno di nascita _____
Con genitori Altri parenti Altri non parenti Personale retribuito

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

C.F. _____ Cognome Nome _____

C.F. _____ Cognome Nome _____

Reddito totale anno solare precedente _____

E' titolare di :

Pensione sociale SI NO

Assegno di accompagnamento SI NO

Pensione di reversibilità _____

Pensione di guerra _____

Altri redditi (importo annuo) _____

Rendita o pensione da rapporto di lavoro o altro titolo _____

Assegno Invalidità Civile _____

Pensione ciechi parziali o assoluti _____

Indennità di comunicazione _____

Rendite da Patrimonio _____

Altro _____

Totale € _____

•**Ho dichiarato quanto sopra 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 C:P:, ai sensi e per gli effetti dell'art. 24 della Legge 13 Aprile 1977, n° 114, sotto la mia personale responsabilità**

•**L'atto della richiesta è comprensivo del consenso dell'interessato alla divulgazione dei propri dati personali**

Si allega certificazione sanitaria del Medico Curante (mod. A3)

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ In possesso del parere favorevole al ricovero in RSA _____

Per giorni _____ si impegna a corrispondere la quota della diaria a suo carico di

€ _____ /die

Completamente _____ Parzialmente _____

Data _____

Firma _____

➤ Nel caso di dichiarazione resa dal tutore:

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ in qualità di tutore si impegna a corrispondere la quota parte della diaria a carico del Sig. _____

nato a _____ il _____

Data _____

Firma _____

➤ Nel caso in cui l'assistito non è in grado di provvedere in tutto o in parte alla quota della diaria a suo carico,

il Sig. _____ nato a _____ residente in _____

si impegna a corrispondere ai sensi dell'art. 433 de C.C., il contributo

Completo

Parziale

Ad integrazione della diaria per la RSA _____

Data _____

Firma _____

AZIENDA ASL di _____

Distretto di _____

PROPOSTA DI ACCESSO IN RSA

(da compilarsi a cura del medico curante)

Sig. _____ età _____

Via _____ Comune di _____

PATOLOGIA SANITARIA DI RILIEVO

Neoplasie	<input type="checkbox"/>	Cecità e Sordità	<input type="checkbox"/>
Ictus	<input type="checkbox"/>	Demenza	<input type="checkbox"/>
Traumi e fratture	<input type="checkbox"/>	Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/>
Incontinenza sfinterica	<input type="checkbox"/>	Condizioni invalidanti Apparato locomotore	<input type="checkbox"/>
Cecità	<input type="checkbox"/>	Sordità	<input type="checkbox"/>
Sindromi Psichiatriche	<input type="checkbox"/>	Grande Senilità	<input type="checkbox"/>
Condizioni invalidanti neurologiche	<input type="checkbox"/>	Condizioni invalidanti Apparato respiratorio	<input type="checkbox"/>
Condizioni invalidanti Apparato genito-urinario	<input type="checkbox"/>		

Ulteriori specificazioni in ordine alle condizioni patologiche che determinano la non autosufficienza

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

Indicare la struttura e l'ubicazione _____

Il paziente è trasportabile SI NO

Data _____ Timbro codice regionale e firma del medico

Indirizzo e telefono ambulatorio _____