

DOMANDA DI AMMISSIONE A RSA/CDI

Il/la Sottoscritto/a _____

consapevole della sanzioni penali, nel caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR n.445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- di essere nato/a _____ (prov. ____) il _____

- di essere residente a _____ (prov. ____)

Via _____, n. ____ tel. _____

n. cod. fiscale: _____, n. tessera sanitaria: _____

- di essere seguito dai servizi territoriali (ASL) di _____

- di trovarsi nella condizione socio-sanitaria come da certificato medico allegato:

NAP NAT ALZHEIMER

DICHIARA inoltre

STATO CIVILE

- celibe/nubile (1)
- coniugato/a (2)
- separato/a (3)
- divorziato/a (4)
- vedovo/a (5)
- non dichiarato (6)

TIPO DOMANDA

- nuova domanda (1)
- domanda presentata in precedenza (2)
- inserimento avvenuto (3)
- rinuncia temporanea (4)
- rinuncia definitiva (5)
- decesso (6)

MOTIVO DELLA DOMANDA

- ha perso l'autonomia fisica/psichica (1)
- la famiglia non è in grado di provvedere (2)
- vive solo (3)
- l'alloggio è inadeguato (4)
- altro (9)

FIGLI VIVENTI

maschi: n°

femmine: n°

PROVENIENZA OSPITE

- direttamente dal domicilio (1)
- struttura psichiatrica (3)
- struttura sanitaria accreditata (4)
- struttura sanitaria non accreditata (5)
- in dimissione da Istituto di riabilitazione (6)
- in dimissione da altro regime di tipologia (CDI) (7)
- dimesso da altra Struttura (8)
- altro (9)

ASSEGNO ACCOMPAGNAMENTO

- sì (1)
- no (in lista d'attesa) (2)
- no (3)

ASSISTENZA DOMICILIARE

- soggetto in voucher sociale - Comunità Montana (1)
- soggetto in voucher socio sanitario-ADI (2)
- buono socio sanitario (3)

SITUAZIONE PENSIONISTICA

- nessuna pensione (0)
- anzianità/vecchiaia (1)
- sociale (2)
- tipologia speciale (guerra, infortunio) (3)
- reversibilità (4)
- invalidità (5)

INIZIATIVA DELLA DOMANDA

- il soggetto stesso (1)
- familiare o affine (2)
- assistente sociale (3)
- medico (4)
- tutore (5)
- altro (9)

TIPOLOGIA ASSISTENZA

- ricovero ordinario (1)
- ricovero di sollievo (2)
- ricovero d'emergenza o pronto intervento (3)

CHIEDE

di essere ammesso/a in

1. R.S.A. - A LUNGO TERMINE TEMPORANEO
2. C.D.I.

Si impegna a corrispondere la retta stabilita dal Consiglio di Amministrazione.
Dichiara inoltre di aver ricevuto in copia e di aver attentamente letto i seguenti due documenti:

- Carta dei Servizi in vigore
- Regolamento in vigore

Altre strutture d'interesse:

- 1) _____
2) _____
3) _____

_____ li _____ in fede _____

PERSONA DI RIFERIMENTO (per aspetti economici e legali). In caso di mancanza di parenti da compilarsi da parte del Comune. Con la firma seguente la persona di riferimento (o il Comune) si impegna a rispondere personalmente al pagamento della retta giornaliera, in caso di impossibilità da parte dell'Ospite, in caso di ammissione dello stesso.

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	Grado di parentela	Firma

ALTRE PERSONE OBBLIGATE

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	Grado di parentela	Firma

IN CASO DI INCAPACITÀ DELL'OSPITE LA POSTA VERRA' CONSEGNATA:

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	Grado di parentela	Firma

Documenti da allegare alla domanda, debitamente compilati:

- all. 2 - autocertificazione residenza – nascita – cittadinanza – stato di famiglia
all. 3 - scheda informativa
all. 4 - informativa tutela e riservatezza dei dati
all. 5 - scheda sanitaria