

# **Fondazione Casa di Riposo Intercomunale per Persone Anziane Onlus**

v.le Kennedy, 70 – 22070 Bregnano (CO) – tel. 031.778261 C.F. 02760950135

## **DOMANDA DI AMMISSIONE Residenza Sanitario Assistenziale**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ piazza/via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_ Cod. Fis. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_, assumendosi ogni responsabilità al riguardo

**chiede il ricovero presso la R.S.A. gestita dalla Fondazione e sita in Bregnano**

del/la Sig./ra \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residenza anagrafica \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ A.S.L. \_\_\_\_\_ tessera sanitaria n° \_\_\_\_\_

Dichiara di aver preso conoscenza e di accettare le procedure, le finalità e le condizioni che regolano il ricovero, nonché le modalità di trattamento dei dati personali e sensibili.

Alla domanda si allega:

- Scheda sociale conoscitiva
- Scheda sanitaria compilata dal Medico curante
- Fotocopia del documento d'identità personale dell'interessato al ricovero
- Fotocopia del codice fiscale
- Fotocopia Tessera Sanitaria
- Fotocopia del verbale di accertamento d'invalidità civile, o della domanda presentata in data \_\_\_\_\_

In assenza di entrambe, barrare la casella [  ] **Dichiara che non è stata presentata domanda di riconoscimento dello stato d'invalidità**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi della l. 675/96 sulla tutela della privacy, si informa che i dati forniti saranno oggetto di trattamento manuale ed informatico al fine di adempiere a tutti gli obblighi derivanti dalle finalità istituzionali dell'Ente. Il conferimento di tali dati è indispensabile; l'assenza di tali informazioni preclude la realizzazione dei programmi assistenziali a tutela della salute dell'interessato. Il mancato consenso al trattamento dei dati rende impossibile il ricovero in R.S.A.. Per tutelare l'esercizio dei propri diritti è possibile rivolgersi alla Direzione dell'Ente.

Si consente il trattamento dei dati personali e sensibili: SI [  ] NO [  ] Firma \_\_\_\_\_

## Scheda Amministrativa

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Sesso:  M  F Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

In piazza/via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Stato civile:

- Nubile/celibe
- Coniugato/a
- Separato/a
- Divorziato/a
- Vedovo/a
- Non dichiarato

Figli:             SI             NO

Maschi \_\_\_\_\_

Femmine \_\_\_\_\_

Grado istruzione:

- Analfabeta
- Scuola Elementare
- Scuola media inferiore
- Scuola media superiore
- Diploma universitario
- Non dichiarato

Professione precedente:

- Operaio/a
- Agricoltore
- Lavoratore autonomo
- Impiegato/a
- Libero professionista
- Casalinga
- Nessuna

Motivo della domanda:

- Perdita dell'autonomia fisica e/o psichica
- Famiglia non in grado di provvedere
- Vive solo
- Alloggio inadeguato
- Altro \_\_\_\_\_

L'interessato al ricovero è informato della domanda?             SI             NO

Se no perché \_\_\_\_\_

Iniziativa della domanda:

- Il soggetto stesso
- Familiare o affine
- Assistente sociale o altri servizi
- Medico curante
- Tutore
- Altro \_\_\_\_\_

Provenienza:

- Domicilio
- Dimissione da struttura psichiatrica
- Dimissioni da Azienda ospedaliera accreditata
- Dimissioni da struttura privata
- Dimissioni da Istituto di Riabilitazione
- Dimissioni da altra Residenza Sanitario Assistenziale
- Altro \_\_\_\_\_

Con chi vive abitualmente l'interessato al ricovero?

- Vive solo
- Con il coniuge
- Con i/l figli/o
- Con badante
- In istituto/comunità
- Altro \_\_\_\_\_

Invalidità civile (barrare le caselle interessate), posizione previdenziale

- Invalidità, grado riconosciuto \_\_\_\_\_ %
- Non invalido
- Domanda inoltrata
- Presentata domanda di aggravamento
- Percepisce indennità di accompagnamento pari a Euro \_\_\_\_\_ mensili
- In attesa di indennità di accompagnamento
- Non concessa indennità di accompagnamento
- Titolare di pensione:
  - Sociale
  - Anzianità
  - Vecchiaia
  - Reversibilità

Certificazione reddito dell'utente:

il reddito dell'interessato al ricovero **non supera Euro 36151,98 annui.**     SI                     NO

Esenzione ticket sanitario:                     SI                     NO

Usufruisce di Assistenza Domiciliare Integrata o di Servizio di Assistenza Domiciliare?

SI                     NO                    Per che tipo di intervento? \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_, essendosi assunto ogni responsabilità a riguardo (specificare se diretto interessato o grado di parentela o qualifica)

Chiede che le informazioni inerenti il ricovero e/o le comunicazioni riguardo lo stato di salute e gli interventi di assistenza sanitaria dell'interessato vengano riferiti ai seguenti:

#### FAMILIARI/PERSONE DI RIFERIMENTO

Grado di parentela o qualifica \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mob. \_\_\_\_\_ uff. \_\_\_\_\_

Grado di parentela o qualifica \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mob. \_\_\_\_\_ uff. \_\_\_\_\_

Grado di parentela o qualifica \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mob. \_\_\_\_\_ uff. \_\_\_\_\_

Grado di parentela o qualifica \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mob. \_\_\_\_\_ uff. \_\_\_\_\_

(Ai sensi della legge 675/96 sulla tutela della privacy, si informa che i dati forniti saranno oggetto di trattamento manuale e informatico al fine di adempiere a tutti gli obblighi derivanti dalle finalità istituzionali dell'Ente. Il conferimento di tali dati è obbligatorio, la mancanza di tali informazioni preclude la realizzazione dei programmi assistenziali a tutela della salute dell'interessato)

Si consente al trattamento dei dati personali e sensibili:  SI  NO

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma leggibile del compilatore