

**MODELLO DI DOMANDA PRESENTATA
DA TERZI**

ALLA DIREZIONE
DELLA FONDAZIONE
PAPA GIOVANNI PAOLO II°
Via Marianna Ferranti, n. 53
60034 – CUPRAMONTANA (AN)

**DOMANDA DI INSERIMENTO PRESSO LA RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI DI
CUPRAMONTANA**

RICHIEDENTE

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: casa/ufficio _____

Recapiti telefonici: cellulare _____

E-mail: _____ @ _____

Altri riferimenti: (persone che possono essere contattate oltre al richiedente) _____

In qualità di _____

**RICHIESTE L' INSERIMENTO PRESSO LA RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI
PER CONTO DEL SIG./ SIG.RA**

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Numero documento di identità _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Assistito _____ Codice Esenzione _____

ASL di appartenenza _____ Distretto _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapito Telefonico _____

Cittadinanza _____

Religione _____

Compilare solo se occorre

- Domicilio differente dalla residenza:

Domiciliato in _____ CAP _____

Via / Corso _____

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO
<input type="checkbox"/> Condizioni abitative non idonee <input type="checkbox"/> Vive solo/sola <input type="checkbox"/> Perdita autonomia <input type="checkbox"/> Quadro clinico compromesso <input type="checkbox"/> Mantenimento/miglioramento capacità residue <input type="checkbox"/> Altro (ad es: problematiche socio familiari) _____

DOMICILIO EFFETTIVO ALL' ATTO DELLA DOMANDA
<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Istituto di ricovero per acuti (ospedale) <input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica <input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO
<input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Lungodegenza Preferenza tipologia di camera: _____

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, motivazione: _____ note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA
Con chi vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti: _____ <input type="checkbox"/> Badanti Presenza: _____ _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____ <input type="checkbox"/> Casa di proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Casa Popolare <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Altro: _____

TUTELA
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Numero decreto: _____ <input type="checkbox"/> Interdizione <input type="checkbox"/> Altro: _____
Nome e Cognome AdS/Tutore: _____ _____
Qualifica: <input type="checkbox"/> Familiare: _____ <input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.) _____ _____
Recapiti: _____ _____ _____

SITUAZIONE FAMILIARE
<input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Celibe/nubile <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Non dichiarato <input type="checkbox"/> Altro: _____
<input type="checkbox"/> Fratelli (N:)) <input type="checkbox"/> Sorelle (N:))
<input type="checkbox"/> Figli (N:)) <input type="checkbox"/> Figlie (N:))

PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO
<input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Agricoltore <input type="checkbox"/> Operaio, ambito _____ <input type="checkbox"/> Impiegato, ruolo _____ <input type="checkbox"/> Artigiano, ambito _____ <input type="checkbox"/> Insegnante, in _____ <input type="checkbox"/> Imprenditore, ambito _____ <input type="checkbox"/> Libero Professionista, _____ <input type="checkbox"/> Altro _____

LIVELLO DI ISTRUZIONE E DISPONIBILITA' AUTO
<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Diploma medie inferiori <input type="checkbox"/> Diploma medie superiori in _____ <input type="checkbox"/> Laurea in: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ POSSIEDE LA PATENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> POSSIEDE CARTA DI CIRCOLAZIONE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

SITUAZIONE ECONOMICA
<input type="checkbox"/> Nessuna pensione €. mensile <input type="checkbox"/> Anzianità/vecchiaia €. mensile <input type="checkbox"/> Minima/sociale €. mensile <input type="checkbox"/> Guerra/infortunio sul lavoro, etc €. mensile <input type="checkbox"/> Reversibilità €. mensile <input type="checkbox"/> In attesa di invalidità <input type="checkbox"/> Invalidità ↳ Codice: _____ ↳ Percentuale: _____ % ↳ Indennità accompagnamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> in attesa di accompagnamento

SERVIZI SOCIO SANITARI

Servizi Socio Sanitari attivi: NO SI (specificare):

Centro salute mentale

Assistente sociale di riferimento:

ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)

Recapiti:

CD (Centro Diurno Sociale)

Tipo di servizi usufruiti:

Centro Diurno Alzheimer

Associazioni di volontariato

Altro (ad esempio: telesoccorso, etc)

SITUAZIONE PATRIMONIALE

E' proprietario di terreni: NO SI
se si specificare superficie e ubicazione:

Possiede immobili: NO SI
se si specificare:

ubicazione _____

mq. _____

Possiede risparmi: NO SI
se si: superiori a €. 10.000,00
inferiori a €. 10.000,00

Altro _____

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA R.P.

- Direttamente
- Servizio Sociale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista _____
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:



CARTA DI IDENTITÀ, IN CORSO DI VALIDITÀ DEL RICHIEDENTE E DELL'INTERESSATO AL RICOVERO



DICHIARAZIONE DI IMPEGNO AL PAGAMENTO DELLA RETTA DI DEGENZA



CERTIFICAZIONE MEDICA

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi dell'art. 13 e dell'art. 14 del GDPR 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: ____ / ____ / 20__

FIRMA DEL RICHIEDENTE: