

MODELLO PER LA DOMANDA DA PRESENTARE
DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO

ALLA DIREZIONE
DELLA FONDAZIONE
PAPA GIOVANNI PAOLO II°
60034 – CUPRAMONTANA (AN)

DOMANDA DI INSERIMENTO PRESSO LA CASA DI RIPOSO PER ANZIANI

IL SOTTOSCRITTO

Cognome e Nome _____
 Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____
 Codice Fiscale _____ Et  ____ Genere: M F
 Numero documento di identit  _____ Scadenza ____ / ____ / ____
 Codice Assistito _____ Codice Esenzione _____
 ASL di appartenenza _____ Distretto _____
 Residente in _____ CAP _____
 Via / Corso _____
 Recapito Telefonico _____
 Cittadinanza _____
 Religione _____

RICHIEDE L' INSERIMENTO PRESSO LA CASA DI RIPOSO PER ANZIANI di Cupramontana

Compilare solo se occorre

- Domicilio differente dalla residenza:

Domiciliato in _____ CAP _____
 Via / Corso _____

COMUNICO CHE PER IL PREDETTO SI POSSONO CONTATTARE IN CASO DI NECESSITA' I SEGUENTI SOGGETTI:

COGNOME	NOME	RELAZIONE	RESIDENZA	N° TELEFONO
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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 A.S./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 CASA DI RIPOSO

- 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 del 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: