



**RICHIESTA DI ACCOGLIENZA**

Al Signor Presidente della Casa di Soggiorno \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E per conoscenza Al Signor Sindaco  
del Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Oggetto:** richiesta di ammissione alla Casa di Soggiorno \_\_\_\_\_

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_, (codice fiscale \_\_\_\_\_ tessera sanitaria \_\_\_\_\_ )  
stato civile \_\_\_\_\_ (celibe/nubile, coniugato/a, con /di \_\_\_\_\_  
vedovo/a )  
numero figli \_\_\_\_ di nome \_\_\_\_\_

**Viste** le proprie condizioni di salute;

**Constato** che alla data odierna nel territorio comunale dove risiede (non) \_\_\_\_ vi sono disponibilità di alloggi o posti letto che gli/le garantiscono un'adeguata cura e assistenza e la scelta è per la Casa di Soggiorno di \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi :

\_\_\_\_\_ (vicino al comune di nascita o residenza, vicinanza a  
parenti o altro);

**Fatto presente che** l'Unità Operativa Distrettuale della ULSS n. \_\_\_\_\_ (non) \_\_\_\_ conosce la presente richiesta;

**Chiede di essere accolto** \_\_

come ospite (non) \_\_\_\_ autosufficiente, in codesta Casa di Soggiorno per anziani,

**dichiarando che**

- conosce ed accetta tutte le condizioni previste dal regolamento della Casa Soggiorno;
- ha ritirato la carta dei servizi;
- provvederà per il pagamento della retta, ivi compresi aumenti futuri, \_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ per intero, oppure al concorso dei parenti rappresentati da\_\_ :

**1. Sig.** \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
che del sottoscritto è \_\_\_\_\_ (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, tutore, altro);

**2. Sig.** \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
che del sottoscritto è \_\_\_\_\_ (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, tutore, altro);

**3. Sig.** \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
che del sottoscritto è \_\_\_\_\_ (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, tutore, altro);

Per un obiettivo esame della domanda, allega scheda personale e familiare, debitamente compilata e sottoscritta, dichiarando veritiere le informazioni scritte nel presente atto.

In fede

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI AMMISSIONE (spazio riservato all'Ente)**

|  |                                  |                                      |                                  |                                  |                          |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Molto urgente <input type="checkbox"/> | Urgente <input type="checkbox"/> | Aspettativa <input type="checkbox"/> | Accolta <input type="checkbox"/> | Dimesso <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| data                                   | data                             | data                                 | data                             | data                             | data                     |

**RICHIESTA DI ACCOGLIENZA**

**SCHEDA DATI**

**ATTENZIONE:** cerchiare il numero corrispondente alla propria risposta, esempio: ⑥

**01. Cognome e nome**

**02. Titolo di studio:**

- |                            |                       |                            |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|
| 01 Nessun titolo           | 02 Licenza elementare | 03 Licenza media inferiore |
| 04 Licenza media superiore | 05 Diploma            | 06 Laurea                  |

**03. La domanda di servizio è stata presentata anche altrove**

01 (Si) 02 (No)

**04. Ultima professione esercitata**

- |                               |                               |                                |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 01 Agricoltura - imprenditore | 02 Agricoltura lav.in proprio | 03 Agricoltura dirigente       |
| 04 Agricoltura - dipendente   | 05 Industria - imprenditore   | 06 Industria – lav. in proprio |
| 07 Industria - dirigente      | 08 Industria - dipendente     | 09 Com/Art/Serv. imprenditore  |
| 10 Com/Art/Serv. Lav. proprio | 11 Com/Art/serv. dirigente    | 12 Com/Art/Serv. dipendente    |
| 13 Situazioni particolari:    |                               |                                |

**05. Bisogni**

- |                              |                              |                                 |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 01 Solitudine                | 02 Non autosufficienza       | 03 Rapporti familiari difficili |
| 04 Alloggio inidoneo         | 05 Sfratto                   | 06 Situazione economica         |
| 07 Desiderio di tranquillità | 08 Protezione/sostegno em.za | 09 Distacco parenti, isolamento |
| 10 Non in condizioni bisogno | 11 Non vuole rispondere      | 12                              |

**06. Tra i bisogni manifestati, indicare il numero del bisogno più rilevante**

**07. Servizi richiesti**

- |                              |                         |                             |
|------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 01 Prestazioni economiche    | 02 Servizi tempo libero | 03 Vacanze                  |
| 04 Cure climatiche e termali | 05 Servizio domiciliare | 06 Interventi sull'alloggio |
| 07 Centro diurno             | 08 Casa albergo         | 09 Casa riposo – RSA        |
| 10 Ospedale diurno           | 11 Servizi per non auto | 12 Nessun servizio          |
| 13                           | 14                      | 15                          |

**08. Tra i servizi richiesti, indicare il numero di quello più urgente**

**09. Servizi già utilizzati**

- |                              |                         |                             |
|------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 01 Prestazioni economiche    | 02 Servizi tempo libero | 03 Vacanze                  |
| 04 Cure climatiche e termali | 05 Servizio domiciliare | 06 Interventi sull'alloggio |
| 07 Centro diurno             | 08 Casa albergo         | 09 Casa riposo – RSA        |
| 10 Ospedale diurno           | 11 Servizi per non auto | 12 Nessun servizio          |
| 13                           | 14                      | 15                          |

**10. Tra i servizi utilizzati, indicare il numero di quello maggiormente usato**

**11. Iniziativa della richiesta**

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 01 Di propria iniziativa autonoma | 02 D'accordo con i familiari                                      |
| 02 Spinta dai familiari           | 04 Su consiglio di altri per disinteresse dei familiari e parenti |

**12. Convivenza**

- |                        |                |                        |              |
|------------------------|----------------|------------------------|--------------|
| 01 Da solo             | 02 Con coniuge | 03 Con coniuge e figli | 04 Con figli |
| 05 Da solo e con figli | 06 Con parenti | 07 In comunità (varie) | 06           |

**13. Reddito mensile:**

|    |      |                              |      |                          |   |
|----|------|------------------------------|------|--------------------------|---|
| 01 | Lire | Meno di 1.000.000.-          | Euro | Meno di 516,457.-        | € |
| 02 | Lire | Da 1.000.001.- a 2.000.000.- | Euro | Da 516,458.- a 1032,91.- | € |
| 03 | Lire | Da 2.000.001.- a 3.000.000.- | Euro | Da 1032,92.- a 1549,37.- | € |
| 04 | Lire | Più di 3.000.000.-           | Euro | Più di 1549,38           | € |

**RICHIESTA DI ACCOGLIENZA**

**14. Tipo di pensione e assicurazioni**

- |                      |                 |                       |                      |
|----------------------|-----------------|-----------------------|----------------------|
| 01 Pensione statale  | 02 Enti locali  | 03 Pensione guerra    | 04 Invalidità civile |
| 05 INPS cat. VO      | 06 INPS cat. SO | 07 INPS cat. IO       | 08 INPS cat. VOA     |
| 09 INPS cat. VOC     | 10 INPS cat. VR | 11 Assicurazioni vita | 12 Non ha pensione   |
| 13 Indennità accomp. | 14 _____        | 15 _____              | 16 _____             |

**15. Modalità di pagamento o contributo per i servizi che vengono richiesti**

- |                              |   |                           |
|------------------------------|---|---------------------------|
| 01 In proprio                | 02 Carico familiari                     | 03 Carico ente pubblico   |
| 04 Suo carico, ente pubblico | 05 Suo carico, ente pubblico, familiari | 06 Suo carico e familiari |
| 07 Da definire               | 08 _____                                | 09 _____                  |

**16. Alloggio attuale**

- |                 |            |                       |                            |
|-----------------|------------|-----------------------|----------------------------|
| 01 Proprio      | 02 Affitto | 03 Affitto a riscatto | 04 Non proprio non affitto |
| 05 In usufrutto | 06 Sfratto | 07 Senza alloggio     | 08 _____                   |

**17. Rapporti relazionali – ricevere visite o frequentare amici**

- |                   |                               |                                   |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 01 Tutti i giorni | 02 Uno/due volte la settimana | 03 Una/due volte al mese          |
| 04 Ogni tanto     | 05 Mai – preferisco star solo | 06 Mai, ma vorrei vedere qualcuno |

**18. Rapporti relazionali – cognome e nome persona più frequentata**

Sig. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**19. Rapporti relazionali – mezzi di trasporto utilizzati normalmente o qualche volta**

- |               |               |            |          |
|---------------|---------------|------------|----------|
| 01 Bicicletta | 02 Automobile | 03 Autobus | 04 Treno |
| 05 Motorino   | 06 Aereo      | 07 Barca   | 08 _____ |

**20. Alimentazione - diete**

- |                                    |                      |                           |
|------------------------------------|----------------------|---------------------------|
| 01 Dieta per colesterolo           | 02 Dieta per diabete | 03 Dieta per ipertensione |
| 04 Dieta per allergie-intolleranze | 05 Nessuna dieta     | 06 _____                  |

**21. Alimentazione – gusti o alimenti preferiti**

- |                   |                 |                          |
|-------------------|-----------------|--------------------------|
| 01 Pasta _____    | 02 Riso _____   | 03 Minestre _____        |
| 04 Carni _____    | 05 Pesce _____  | 06 Insaccati _____       |
| 07 Verdura _____  | 08 Frutta _____ | 09 Dolci e dessert _____ |
| 10 Formaggi _____ | 11 Uova _____   | 10 _____                 |

**22. Bevande**

- |             |                |                  |          |
|-------------|----------------|------------------|----------|
| 01 Alcolici | 02 Analcoliche | 03 Superalcolici | 04 _____ |
|-------------|----------------|------------------|----------|

**23. Fumo**

- |                        |                           |                           |                 |
|------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|
| 01 1 sigaretta a pasto | 02 3 a 10 sigarette al dì | 03 Più 11 sigarette al dì | 04 Non fumatore |
|------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|

**24. Tempo libero**

- |                          |                             |                         |                      |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------|
| 01 Vedere televisione    | 02 Passeggiare              | 03 Stare con amici      | 04 Animali domestici |
| 05 Dipingere             | 06 Ricamare                 | 07 Lavoro a maglia      | 08 Giardinaggio      |
| 09 Giocare a carte       | 10 Leggere (libri, riviste) | 11 Leggere quotidiano   | 12 Pescare           |
| 13 Sport all'aria aperta | 14 Fare la spesa            | 15 Faccende domestiche  | 16 Cucinare          |
| 17 Giochi collettivi     | 18 Giochi solitari          | 19 Piccola falegnameria | 20 Aiutare gli altri |
| 21 Pregare               | 22 Visitare luoghi - gite   | 23 Far niente           | 24 _____             |

**25. Altre segnalazioni utili per facilitare l'inserimento nella casa di soggiorno**

---



---



---



---

**RICHIESTA DI ACCOGLIENZA**

**Scheda di rilevazione stato di salute**

| Condizioni di autosufficienza                               |   |                         |                  | Breve quadro clinico |   |                        |
|---|---|-------------------------|------------------|----------------------|---|------------------------|
|   | Attività  | Senza difficoltà        | Lieve difficoltà | Difficoltà           |   |                        |
| <b>Motricità</b>  | 01 Si muove da solo                                   | 0                       | 1                | 2                    |   |                        |
|   | 02 Allettato (livello dipendenza: basso, medio, alto) | 0                       | 1                | 2                    |   |                        |
|   | 03 Cammina usando protesi, sostegni, carrozzine       | 0                       | 1                | 2                    |   |                        |
|   | 04 Cammina aiutata da persone                         | 0                       | 1                | 2                    |   |                        |
| <b>Cura persona - casa</b>                                  | 05 In grado di provvedere alla propria alimentazione  | 0                       | 1                | 1                    |   |                        |
|   | 06 Mangia da solo                                     | 0                       | 1                | 2                    |   |                        |
|   | 07 Si lava da solo                                    | 0                       | 1                | 1                    |   |                        |
|   | 08 Fa il bagno da solo                                | 0                       | 1                | 2                    |   |                        |
|   | 09 Utilizza i servizi igienici da solo                | 0                       | 1                | 1                    |   |                        |
|   | 10 Si veste da solo                                   | 0                       | 1                | 1                    |   |                        |
|   | 11 In grado di accudire al governo della casa         | 0                       | 1                | 2                    |   |                        |
|   | 12 Conserva autonomia fuori dell'abitazione           | 0                       | 1                | 2                    |   |                        |
|   | <b>Condizioni di salute</b>                           | 13 Vede                 | 0                | 1                    | 2 | <b>Terapia in atto</b> |
|   |   | 14 Sente                | 0                | 1                    | 1 |                        |
|   |   | 15 Parla                | 0                | 1                    | 2 |                        |
|   |   | 16 Continenza vescicole | 0                | 1                    | 2 |                        |
| 17 Continenza anale   |   | 0                       | 1                | 2                    |   |                        |
| 18 Se porta catetere, livello prestazione richiesta         |   | 0                       | 1                | 2                    |   |                        |
| 19 Manifesta psiche integra                                 |   | 0                       | 1                | 2                    |   |                        |
| 20 Fenomeni confusionali/deterioramento mentale (L.M.G)     |   | 0                       | 1                | 2                    |   |                        |
| 21 Prestazioni particolari per piaghe da decubito-neoplasie |   | 0                       | 1                | 2                    |   |                        |
| Totale punteggio  |   |                         |                  |                      |   |                        |

**CERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ medico di fiducia del \_\_\_\_\_  
 Sig. \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ **certifica** che il proprio  
 assistito, alla data attuale, non è affetto da malattie contagiose e può vivere ed avere norma  
 li relazioni in comunità.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

**Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra riportati in base all'art. 13 2016/679 GDPR**

**Allegati:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Documento identità valido                               | <input type="checkbox"/> Esito esame radiologico al torace      |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia tessera sanitaria(eventuale esenzione ticket) | <input type="checkbox"/> Fotocopia del libretto di pensione     |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del codice fiscale                            | <input type="checkbox"/> Mod. 201 oppure fotocopia del mod. 740 |