



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		
Motricità	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		
Cura persona - casa	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		
	Condizioni di salute	13 Vede	0	1	2	Terapia in atto
		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 |