

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano.

L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome _____

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

in qualità di ☐ AdS ☐ Tutore ☐ Altro, specificare _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: _____

E-mail: _____@_____

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico
1)		
2)		

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

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

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: ☐ M ☐ F

Documento di identità n. _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Assistito _____ Codice Esenzione _____

Medico curante (Nome e recapito telefonico) _____

Residente in _____ CAP _____ Via / Corso _____ Recapito telefonico _____

Domicilio se diverso dalla residenza: _____

ATS di appartenenza _____ Cittadinanza _____

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno ☐ sì ☐ no Scadenza ____ / ____ / ____

RICHIESTE INSERIMENTO PRESSO LA RSA

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)

Firma della persona o del richiedente _____ data _____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

- ☐ Condizioni abitative non idonee
 - ☐ Vive solo/sola
 - ☐ Perdita autonomia
 - ☐ Quadro clinico compromesso
 - ☐ Mantenimento/miglioramento capacità residue
 - ☐ Rischio permanenza al domicilio
 - ☐ Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)
- _____

PROVENIENZA

- ☐ Domicilio
 - ☐ Istituto di ricovero per acuti (ospedale)
 - ☐ Struttura psichiatrica
 - ☐ Istituto di riabilitazione
 - ☐ Altra RSA
 - ☐ Altro: _____
- _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO

- ☐ Tempo determinato
- ☐ Lungodegenza

Nucleo Alzheimer ☐ SI ☐ NO

CONVENZIONE

- ☐ NO
 - ☐ SI, con il seguente ente: _____
- _____

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO

☐ SI ☐ NO, motivazione: _____
note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA

Con chi vive:

- ☐ Solo
- ☐ Coniuge
- ☐ Figli
- ☐ Altri parenti: _____
- ☐ Assistente familiare (ore/die) _____

☐ Altro: _____

Dove vive:

- ☐ Abitazione adeguata
- ☐ Abitazione parzialmente adeguata
- ☐ Abitazione totalmente inadeguata

Perché _____

- ☐ Casa di proprietà
- ☐ Affitto
- ☐ Casa ALER
- ☐ Usufrutto
- ☐ Altro: _____

TUTELA

☐ NO ☐ SI:

- ☐ Amministrazione di sostegno / Tutela
 - ☐ In corso
 - ☐ Numero decreto: _____
- ☐ Altro: _____

Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...): _____

Qualifica:

- ☐ Familiare: _____
 - ☐ Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.) _____
- _____

Recapiti:

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

☐ SI

☐ NO

SITUAZIONE FAMILIARE

- ☐ Coniugato/a
☐ Divorziato/a
☐ Celibe/nubile
☐ Separato/a
☐ Vedovo/a
☐ Altro: _____
- ☐ Fratelli (N:)
☐ Sorelle (N:)
- ☐ Figli (N:)
☐ Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

- ☐ Nessuna pensione
☐ Anzianità/vecchiaia
☐ Minima/sociale
☐ Guerra/infortunio sul lavoro, etc
☐ Reversibilità
- ☐ In attesa di invalidità civile
☐ Invalidità
 ↳ Codice: _____
 ↳ Percentuale: _____ %
 ↳ Indennità accompagnamento
 ☐ sì ☐ no ☐ In attesa

LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- ☐ Nessuna scolarità
☐ Licenza elementare
☐ Diploma medie inferiori
☐ Diploma medie superiore in _____
☐ Laurea in _____
☐ Altro: _____
- ☐ Professione pre pensionamento _____
☐ Interessi / hobby _____

RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi: ☐ NO ☐ SI (specificare):

- ☐ ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
☐ CDI (Centro Diurno Integrato) _____
☐ Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) _____

Servizi / interventi Sociali attivi: ☐ NO ☐ SI (specificare):

- ☐ SAD Comunale
☐ Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto _____
☐ Associazioni di volontariato _____
☐ Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc) _____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- ☐ Direttamente
- ☐ Servizio Sociale di: ☐ Centri Sociali Territoriali ☐ Ospedale
- ☐ Medico di Medicina Generale (medico curante)
- ☐ Medico specialista _____
- ☐ Passaparola
- ☐ Pubblicità
- ☐ Eventi/manifestazioni
- ☐ Internet
- ☐ Associazioni _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ↳ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del D.Lgs.196/ 2003 e del Reg. UE 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:

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....