

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)**

RICHIEDENTE

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

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: _____

In qualità di _____

**RICHIESTE INSERIMENTO PRESSO LA RSA
PER IL SIG./LA SIG.RA**

Cognome e Nome _____

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

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Numero documento di identità _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Esenzione _____

ATS 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 _____

- Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)**

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 sociofamiliari) _____

PROVENIENZA
<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"/> Altra RSA <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____

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

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente: _____ _____

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 ALER <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: _____ _____ _____

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)**

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:)

SITUAZIONE ECONOMICA
<input type="checkbox"/> Nessuna pensione <input type="checkbox"/> Anzianità/vecchiaia <input type="checkbox"/> Minima/sociale <input type="checkbox"/> Guerra/infortunio sul lavoro, etc <input type="checkbox"/> Reversibilità
<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

LIVELLO DI ISTRUZIONE
<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: _____

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 _____

SERVIZI SOCIO SANITARI
Servizi Socio Sanitari attivi: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare):
<input type="checkbox"/> CMA di zona _____ Assistente sociale: _____ Recapiti: _____ Tipo di servizi usufruiti: _____
<input type="checkbox"/> Custode sociale – Portierato Sociale _____
<input type="checkbox"/> ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
<input type="checkbox"/> CDI (Centro Diurno Integrato) _____
<input type="checkbox"/> CPS (Centro Psico Sociale) _____
<input type="checkbox"/> Associazioni di volontariato _____
<input type="checkbox"/> Altro (ad esempio: telesoccorso, etc) _____

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)**

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Direttamente<input type="checkbox"/> Servizio Sociale di: <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> Ospedale<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante)<input type="checkbox"/> Medico specialista _____<input type="checkbox"/> Passaparola<input type="checkbox"/> Pubblicità<input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni<input type="checkbox"/> Internet<input type="checkbox"/> Associazioni _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del D.L.gs.196 del 2003 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:
