

## DOMANDA DI INSERIMENTO PRESSO LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI ASL MILANO

### 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 \_\_\_\_\_

Altri riferimenti: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

### RICHIEDE 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 Assistito \_\_\_\_\_ Codice Esenzione \_\_\_\_\_

ASL 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 \_\_\_\_\_

- Cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno  si  no Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO**

- Condizioni abitative non idonee
- Vive solo/sola
- Perdita autonomia
- Quadro clinico compromesso
- Mantenimento/miglioramento capacità residue
- Altro (ad es: problematiche socio familiari): \_\_\_\_\_

**PROVENIENZA**

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

**TIPOLOGIA DI RICOVERO**

- Tempo determinato
- Lungodegenza

Preferenza tipologia di camera:  
\_\_\_\_\_**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 \_\_\_\_\_
- Badanti

Presenza:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Altro: \_\_\_\_\_

- Casa di proprietà
- Affitto
- casa ALER
- Usufrutto
- Altro: \_\_\_\_\_

**TUTELA** NO  SI:

- Amministrazione di sostegno
  - In corso
  - Numero decreto: \_\_\_\_\_
- Interdizione
- Altro: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome AdS/Tutore:  
\_\_\_\_\_

Qualifica:

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

Recapiti:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SITUAZIONE FAMILIARE**

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Non dichiarato
- 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
- Invalidità
  - ↳ Codice: \_\_\_\_\_
  - ↳ Percentuale: \_\_\_\_\_
  - ↳ Indennità accompagnamento
    - SI  NO
    - in attesa di accompagnamento

**LIVELLO DI ISTRUZIONE**

- Nessuno
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiori in \_\_\_\_\_
- Laurea in: \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

**PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO**

- Casalinga
- Agricoltore
- Operaio (ambito \_\_\_\_\_)
- Impiegato (ruolo \_\_\_\_\_)
- Artigiano (ambito \_\_\_\_\_)
- Insegnante (in \_\_\_\_\_)
- Imprenditore (ambito \_\_\_\_\_)
- Libero Professionista ( \_\_\_\_\_)
- Altro \_\_\_\_\_

**SERVIZI SOCIO SANITARI**

Servizi Socio Sanitari attivi:  NO  SI (specificare):

- CMA di zona \_\_\_\_\_
- Assistente sociale di riferimento: \_\_\_\_\_
- Recapiti: \_\_\_\_\_
- Tipo di servizi usufruiti: \_\_\_\_\_
- Custode sociale – Portierato Sociale \_\_\_\_\_

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) \_\_\_\_\_
- CDI (Centro Diurno Integrato) \_\_\_\_\_
- CPS (Centro Psico Sociale) \_\_\_\_\_
- Associazioni volontariato \_\_\_\_\_
- Altro (ad esempio, telesoccorso, etc.) \_\_\_\_\_

**COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA**

- Direttamente
- Servizio Sociale di:  CMA  Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista \_\_\_\_\_
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni \_\_\_\_\_

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:**

- ↪ CODICE FISCALE
- ↪ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO
- ↪ 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 A CURA DELLA RSA**

---

---

---

---

---