

OPERA DON GUANELLA
CASA DI RIPOSO SAN GAETANO
VIA MAZZINI, 14
21040 CAIDATE DI SUMIRAGO (VA)

SCHEDA DI INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA

Data di presentazione della domanda di ricovero/...../.....

Informazioni anagrafiche:

Cognome Nome

Comune di nascita Provincia di nascita

Data di nascita/...../..... Cittadinanza Sesso: M F

Codice Fiscale Tessera Sanitaria

Informazioni personali:

- Stato civile:

Celibe/Nubile Coniugato/a Convivente Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

N. figli maschi: N. figlie femmine: Nipoti: Altro:

- Situazione abitativa (al domicilio):

Vive solo Vive con altro/i familiari/convivente Vive solo con badante Vive con altro/i familiari/convivente e badante Vive con altre persone non parenti e non partner

- Situazione abitativa (attuale):

Al domicilio proprio di altri (*specificare*)

Al domicilio con Assistenza Domiciliare Sociale (SAD)

Al domicilio con Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria (ADI/voucher sociosanitario)

Al domicilio con frequenza struttura sociale diurna/semiresidenziale

Al domicilio con frequenza struttura sociosanitaria diurna/semiresidenziale

Ospedale (*specificare*)

Istituto di riabilitazione (*specificare*)

RSA (Casa di riposo) (*specificare*)

Struttura psichiatrica (*specificare*)

Altra struttura (*specificare*)

Altro (*specificare*)

- Residenza:

ASL di residenza: Provincia di residenza:

Comune di residenza:

Indirizzo: Via/Piazza n.

- Posizione professionale:

Ultima professione esercitata:

- Istruzione:

Titolo di studio conseguito:

- Situazione pensionistica:

Nessuna pensione Anzianità/Vecchiaia (VO) Sociale (PS) Reversibilità (SO)

Tipologia Speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.)

Invalidità (IO); SI (Codice) NO *In attesa*

se avete risposto SI, indicare la percentuale >0 e <=33%; >=34% e <=45%;

>=46% e <=66%; >=67% e <=73%; >=74% e <=99%; 100%.

Assegno di accompagnamento SI NO *In attesa*

Di aver presentato domanda ed essere in attesa di visita

Di essere stato sottoposto a visita in data.....e in attesa di esito

Di aver presentato domanda di aggravamento

Informazioni sul ricovero:

- Motivo per cui si richiede ingresso in R.S.A.:

Persona non autonoma Vive sola Alloggio non idoneo Difficoltà familiari

Problematiche sanitarie Altro (*specificare*)

- Urgenza del ricovero:

Estrema Ordinaria Inserimento cautelativo in lista di attesa a scopo preventivo

- Tipologia di assistenza richiesta:

Ricovero definitivo Ricovero temporaneo/sollievo Pronto intervento

ALTRE INFORMAZIONI

Autonomia nelle attività strumentali	Autonomo	Riceve aiuto	Non in grado
Assumere farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cucinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare acquisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare il bucato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maneggiare denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia della casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spostarsi con i mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso del telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'anziano esce di casa? SI (solo accompagnato) NO

Altre notizie utili al ricovero

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

LA PRESENTE DOMANDA HA VALIDITA' PARI A 6 (SEI) MESI DI CALENDARIO ED E' ESCLUSIVAMENTE OBBLIGO DEL RICHIEDENTE RINNOVARLA. IN CASO DI MANCATO RINNOVO LA STESSA VERRA' TOLTA DALLA GRADUATORIA REDATTA DALLA DIREZIONE DELLA STRUTTURA

Il compilatore:

Cognome Nome

Grado di parentela

Recapiti telefonici

Data Firma.....

RISERVATO ALLA STRUTTURA

Operatore che accoglie la richiesta

NOTE:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Elenco dei documenti da produrre in copia al momento della presentazione della domanda

1. documento di identità in corso di validità
2. codice fiscale
3. verbale di accertamento di invalidità o domanda di invalidità
4. tesserino esenzione ticket
5. tessera sanitaria
6. scheda di inserimento redatta dal medico curante come da indicazioni A.S.L. di Varese
7. nomina amministratore di sostegno o tutore (*se del caso*)
8. certificato di residenza o autocertificazione con Atto sostitutivo di notorietà

***Al momento dell'ingresso in RSA l'Ente Gestore potrà richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria**

1. *Il sottoscritto dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato/a e che, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta.*
2. *Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.).*
3. *Dichiara di aver preso conoscenza e di accettare le procedure, le finalità e le condizioni che regolano le modalità di trattamento dei dati personali e sensibili**

Firma della persona o del richiedente

..... data/...../.....

(*) Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'art. 10 L. 675/96 si informa che i dati forniti nella presente modulistica, compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute, sono strettamente connessi alla gestione della domanda di ammissione presso le strutture RSA dell'Azienda. Tali dati potranno essere oggetto di trattamento manuale e/o informatico che sarà effettuato esclusivamente da personale autorizzato dall'Azienda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di tutela dei dati personali. Le precisiamo che il mancato consenso al trattamento di tali dati rende impossibile la gestione della presente domanda di ammissione. Ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy, Lei potrà in qualsiasi momento richiedere all'Azienda indicazioni in merito al trattamento dei Suoi dati personali e/o sensibili nonché esercitare i diritti ivi previsti. Il testo integrale dell'informativa è disponibile presso la Direzione dell'Azienda presso cui è presente il Responsabile al trattamento dei dati.

Letto e compreso quanto precede si presta consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili per la gestione della domanda di ammissione:

SI [] NO []

Firma della persona o del richiedente

..... data/...../.....