



DOMANDA PER L'ACCESSO IN R.S.A.

(NEL CASO VENGA PRESENTATA DA PERSONA DIVERSA DALL'INTERESSATO)

Azienda Sanitaria

Distretto _____

Via _____

Tel. _____

Il sottoscritto/a.....
nato/a.....il.....
residente a.....
via.....tel.....
in qualità di.....

CHIEDE

La valutazione multidisciplinare per l'accesso in RSA del
Sig.....
nato a.....il.....
residente a.....via.....
attualmente domiciliato.....
Il Sig.....è
già a carico dei servizi socio-sanitari pubblici SI NO

per interventi di:

- Assistenza economica Assistenza Domiciliare Sociale
- Assistenza CAD
- Casa di riposo:.....
indicare
- Centro di riabilitazione:.....
indicare
- Ospedale o casa di cura:.....
indicare

Allego:

- Scheda socio-sanitaria
- Certificazione sanitaria del medico curante
- Dichiarazione d'impegno
- Delega
- Consenso informato
- Dichiarazione ISEE

Data

Firma.....

SCHEDA SOCIO-ANAGRAFICA PER L'ACCESSO IN RSA (mod. A1)

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza: Comune _____ via _____ n. _____

Tel. _____ codice fiscale _____

Medico di base _____ tel. _____

Stato giuridico:

- 1 soggetto di diritto
2 soggetto posto a curatela
3 soggetto posto a tutela

Sesso

M F

Stato civile

celibe/nubile coniugato/a
 vedovo/a separato/a
 divorziato/a

Titolo di studio

senza titolo di studio licenza elementare
 licenza scuola media inf. licenza media sup.
 laurea

Professione esercitata in età lavorativa

Ramo di attività

Agricoltura
 Industria
 Commercio, pubblici esercizi
 Pubblica amm.ne

Posizione nella professione

imprenditore
 dirigente o impiegato
 lavoratore in proprio o coadiuvante
 lavoratore dipendente

Condizione non professionale

Casalinga Invalido Altro

Pensione percepita

Sociale Vecchiaia Invalidità
 Reversibilità Assicurazione Vitalizio
 Indennità di accompagnamento Altro Nessuna

Ha a disposizione un alloggio?

Si

No

di proprietà

in affitto

in casa con i figli

di altri parenti

Canone mensile € _____

E' adeguato?

Si

No

Composizione del nucleo dei conviventi

solo/a

con il coniuge

con i figli

nome _____ anno di nascita _____

1° _____

2° _____

3° _____

con i genitori

altri parenti

altri non parenti

con personale retribuito

in casa di riposo o altra struttura

indicare _____

Familiari tenuti all'obbligo degli alimenti ai sensi dell'art. 433 del C.C.

_____ c.f. _____

_____ c.f. _____

Reddito totale anno solare precedente € _____

Firma del richiedente

Azienda Usl di _____

Distretto di _____

PROPOSTA DI ACCESSO IN RSA
(da compilarsi a cura del medico curante)

Sig. _____ età _____

Via _____ Comune di _____

1. Patologia di rilievo

7. Condizioni Invalidanti Cardiovascolari

2. Demenza

8. Condizioni Invalidanti Apparato locomotore

3. Cecità

9. Condizioni Invalidanti Apparato respiratorio

4. Sordità

10. Condizioni Invalidanti Apparato genito urinario

5. Sindromi

11. Condizioni Invalidanti Neurologiche Psichiatriche

6. Altro

12.

Diagnosi: _____

La persona è già inserita in un programma di:

- Assistenza programmata

- Assistenza domiciliare integrata

- Assistenza in casa di riposo

- Assistenza in casa di cura per lungodegenti

- Assistenza in centro di riabilitazione post-acuzie

- Assistenza centro di riabilitazione ex. Art. 26/833

- Assistenza in ospedale

- Il paziente è trasportabile SI NO

Condizioni sanitarie e sociali che motivano la proposta in inserimento in RSA:

Timbro, codice regionale
e firma del medico

Data _____

Indirizzo e telefono ambulatorio
