

DOMANDA DI INGRESSO NELLA RESIDENZA PER ANZIANI “LE SORGENTI”

Dati dell'interessato:

Cognome Nome

Sesso F M Stato civile Data di nascita

Luogo di nascita

Residenza in vian. Comune

Prov. C.A.P. Recapito telefonico

Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*)

Carta d'identità (*allegare copia*)

Percentuale di invalidità Indennità di accompagnamento Sì No

CHIEDE DI ESSERE INSERITO IN STRUTTURA

In modo temporaneo In modo definitivo Diurno

Dati del familiare di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residenza in vian. Comune

Prov. C.A.P. Recapito telefonico

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in struttura?

Sì No

Se no, perché

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero? Sì

No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre strutture?

Sì No

Se sì, indicare dove e il periodo

Motivi dell'eventuale dimissione da altra struttura
Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Assistenza Primaria
.....

Sono parte integrante della presente domanda:

1. la scheda sociale (All. A)
 2. eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile.
- Ai sensi del D.P.R. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.

Addi,.....

Firma dell'interessato

N.B.: per i casi in cui l'interessato non sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione (art.24 D.lgs 196/2003) si richiede al compilatore di integrare di seguito:

Cognome e nome del compilatore della domanda

Firma

Informativa ai sensi del D.lgs. 196/2003

I dati da lei forniti, anche di natura sensibile, saranno trattati, sia a livello cartaceo che informatico, al solo fine di gestire la lista d'attesa per l'ingresso come ospite nella struttura, il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporta la mancata possibilità di inserimento in lista d'attesa. I dati potranno essere comunicati a terze parti solo per le finalità indicate in precedenza e comunque secondo quanto previsto dai limiti di legge. Il titolare del trattamento è la "Fondazione....." e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs 196/2003.

Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo quanto sopra descritto.

Cognome..... Nome.....

Firma

Area riservata alla struttura

Classe SOSIA: _____

Percentuale di invalidità: _____

Indennità di accompagnamento Sì No

Data,

PARENTI REFERENTI

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.

ALTRI FAMILIARI

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

CONDIZIONI PENSIONISTICHE

Tipo di pensione/i:
Tipo di invalidità:
% di invalidità civile:
Indennità di accompagnamento: Si No
Esenzione ticket sanitario per:
Pratiche in corso per:

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

- zona isolata (abitazione sita in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)
- zona decentrata (abitazione sita in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

ADEGUATEZZA ABITAZIONE

BARRIERE ARCHITETTONICHE:

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

BAGNO:

- interno
 - esterno
- supporti antiscivolo: Si No

RISCALDAMENTO:

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

MOTIVO DEL RICOVERO

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri?

- Sì
- No

Il sottoscritto.....in qualità di.....dichiara che il/la sig.r/ra non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

Data,

FIRMA

