



Fondazione Giuseppe Besana ETS

DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A

Riservato alla struttura

ID Utente

Data accettazione.....

SEZ. 1

DATI ANAGRAFICI

COGNOME E NOME

LUOGO DI NASCITA.....(PROV.) DATA ☐ M ☐ F

CODICE FISCALE.....

RESIDENTE A.....(PROV.) IN VIA/PIAZZAN°.....

TELEFONO/CELL..... E - MAIL

DOMICILIO IN(.....)
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZAN°..... TELEFONO/CELL.....

EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

COGNOME E NOME TELEFONO

CITTA' VIA/PIAZZA N° CIVICO

ATTO N° DEL TRIBUNALE DI

PERSONA DI RIFERIMENTO

COGNOME E NOME DATA E LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE MAIL

RESIDENTE A PROV. VIA/PIAZZA N.

GRADO DI PARENTELA

TELEFONO/CELL.....

URGENZA DELLA DOMANDA:☐ ESTREMA☐ ORDINARIA☐ INSERIMENTO IN LISTA
D'ATTESA A SCOPO
PREVENTIVO**MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:**☐ STATO DI SALUTE
☐ PROBLEMI FAMILIARI☐ CONDIZIONI ABITATIVE☐ TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA☐ SOLITUDINE☐ ALTRO (specificare):.....
.....☐ ALLOGGIO NON ADEGUATO☐ EVENTUALE SFRATTO**SEZ. 2*****DATI PERSONALI*****SCOLARITÀ:**☐ ELEMENTARI☐ SUPERIORI☐ ALTRO**ATTIVITÀ LAVORATIVA:**

.....

IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:☐ CONSENZIENTE
☐ CONTRARIO☐ INDIFFERENTE
☐ NON INFORMATO☐ NON IN GRADO DI DECIDERE**LA RICHIESTA È PER UN RICOVERO:**☐ TEMPORANEO☐ DEFINITIVO**STATO CIVILE:**☐ CELIBE / NUBILE
☐ CONIUGATO / A
☐ SEPARATO / A
☐ DIVORZIATO / A
☐ VEDOVO / A**PENSIONE TIPO :**☐ ANZIANITA' -VECCHIAIA
☐ ALTRO (indicare il tipo)☐ REVERSIBILITÀ☐ INVALIDITÀ SOCIALE
☐ NESSUNA PENSIONE**INVALIDITÀ CIVILE:**☐ IN CORSO☐ RICONOSCIUTA, AL _____ %☐ DOMANDA NON PRESENTATA

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ NON RICONOSCIUTA | ☐ RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) | ☐ CIECO ASSOLUTO |
| ☐ IN ATTESA | | ☐ CIECO CON RESIDUO VISIVO |
| ☐ DOMANDA NON PRESENTATA | | ☐ INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO |
| | | ☐ SORDOMUTO |

RICONOSCIMENTO L. 104 /92

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| ☐ IN CORSO | ☐ SI | ☐ NO | ☐ DOMANDA NON PRESENTATA |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|

SEZ. 3 RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI**ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:**

- | | |
|---|--|
| ☐ AL PROPRIO DOMICILIO | ☐ PRESSO PROPRI FAMILIARI |
| ☐ IN OSPEDALE (INDICARE QUALE).....
.....
REPARTO..... | ☐ IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)
.....
REPARTO |
| ☐ IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)
..... | ☐ DA QUANTO TEMPO |

SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ DI PROPRIETÀ | ☐ IN AFFITTO |
|---------------------------------------|-------------------------------------|

SITUAZIONE FAMILIARE:

- | | |
|--|--|
| ☐ VIVE SOLO | ☐ DA QUANTO TEMPO |
| ☐ NON VIVE SOLO | |
| ☐ CONIUGE | |
| ☐ FIGLIO/A | |
| ☐ BADANTE | |
| ☐ ALTRO | |

IL CONVIVENTE È:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ AUTOSUFFICIENTE | ☐ PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE | ☐ NON AUTOSUFFICIENTE |
|--|---|--|

ELENCO DEI PRINCIPALI FAMIGLIARI O PARENTI

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, via, n°civico)	TELEFONO	CONVIVENTE?	
1					☐ SI	☐ NO
2					☐ SI	☐ NO
3					☐ SI	☐ NO
4					☐ SI	☐ NO

SERVIZI TERRITORIALI DI CUI USUFRUISCE:

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE: ☐ IGIENE PERSONALE ☐ PULIZIA CASA ☐ ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA ☐ AIUTO PER LA SPESA ☐ PASTO CALDO ☐ TELESOCOCCORSO ☐ ALTRO (specificare): _____	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) ☐ M.M.G. ☐ INFERMIERE PROFESSIONALE ☐ TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE ☐ ALTRO (specificare): _____
--	---

ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

- ☐ CENTRO PSICOSOCIALE
 ☐ CENTRO DIURNO ANZIANI
 ☐ CENTRO DIURNO INTEGRATO

USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDI A DOMICILIO:

- ☐ CARROZZINA
 ☐ MATERASSO ANTIDECUBITO
 ☐ SOLLEVATORE
☐ ALTRO (specificare):

SEZ. 4 ADEMPIMENTI PRIVACY

Viene data applicazione al Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali del 27 aprile 2016 n. 679 come da informativa presente sul sito: [www: fondazionegiuseppegbesana.it](http://www.fondazionegiuseppegbesana.it)

La Richiesta viene inoltrata:

- ☐ DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO
☐ DA UN PARENTE (specificare).....
 ☐ ALTRO (specificare).....

(NOME E COGNOME) _____ tel. _____

Firma dell' interessato o del richiedente _____

Data _____

Si allega :

- copia carta d'identità dell'interessato
- copia tessera sanitaria dell'interessato