

**DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA**

Questa modulistica di ingresso è valida per l'inserimento nella RSA S. Chiara di Volterra.  
 L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

**GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA**

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

 in qualità di  AdS  Tutore  Altro, specificare \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

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

 E-mail per comunicazioni (obbligatoria)  
 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico
1)		
2)		
3)		

**PER IL SIG./LA SIG.RA**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_ Genere:  M  F

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Domicilio se diverso dalla residenza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Se cittadino extracomunitario:

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

Codice Esenzione \_\_\_\_\_

Medico curante (Nome e recapito telefonico) \_\_\_\_\_

### RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA

*Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)*

Firma della persona o del richiedente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Condizioni abitative non idonee</li><li><input type="checkbox"/> Vive solo/sola</li><li><input type="checkbox"/> Perdita autonomia</li><li><input type="checkbox"/> Quadro clinico compromesso</li><li><input type="checkbox"/> Mantenimento/miglioramento capacità residue</li><li><input type="checkbox"/> Rischio permanenza al domicilio</li><li><input type="checkbox"/> Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)</li></ul> <p>_____</p> <p>_____</p>

PROVENIENZA
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Domicilio</li><li><input type="checkbox"/> Ospedale</li><li><input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica</li><li><input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione</li><li><input type="checkbox"/> Altra RSA</li><li><input type="checkbox"/> Altro: _____</li><li>_____</li><li>_____</li></ul>

TIPOLOGIA DI RICOVERO
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Privato</li><li><input type="checkbox"/> Convenzionato</li></ul> <p>CON IL SEGUENTE ENTE _____</p>

CONVENZIONE
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Temporaneo</li><li><input type="checkbox"/> Definitivo</li></ul>

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO,

SITUAZIONE ABITATIVA
Con chi vive: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Solo</li><li><input type="checkbox"/> Coniuge</li><li><input type="checkbox"/> Figli</li><li><input type="checkbox"/> Altri parenti: _____</li><li><input type="checkbox"/> Assistente familiare (ore/die) _____</li><li><input type="checkbox"/> Altro: _____</li></ul> Dove vive: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Abitazione adeguata</li><li><input type="checkbox"/> Abitazione parzialmente adeguata</li></ul>

TUTELA
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno / Tutela</li><li><input type="checkbox"/> In corso</li><li><input type="checkbox"/> Numero decreto: _____</li><li><input type="checkbox"/> Altro: _____</li></ul> Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...): _____

Abitazione totalmente inadeguata

Perché \_\_\_\_\_

- Casa di proprietà
- Affitto
- Casa popolare
- Usufrutto
- Altro: \_\_\_\_\_

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
- 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 civile
- Invalidità  
Percentuale: \_\_\_\_\_ %
  
- Indennità accompagnamento  
 sì  no  In attesa

#### LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- Nessuna scolarità
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiore in \_\_\_\_\_
- Laurea in \_\_\_\_\_
- Altro: \_\_\_\_\_
- Professione pre pensionamento \_\_\_\_\_
- Interessi / hobby \_\_\_\_\_

<p>RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE</p> <p>Servizi / interventi Socio Sanitari attivi: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare):</p> <p><input type="checkbox"/> ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____</p> <p><input type="checkbox"/> CD (Centro Diurno) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Associazioni di volontariato _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altro (ad esempio: supporto vicinato, etc) _____</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA</p> <p><input type="checkbox"/> Direttamente</p> <p><input type="checkbox"/> Servizio Sociale di: <input type="checkbox"/> Centri Sociali Territoriali <input type="checkbox"/> Ospedale</p> <p><input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante)</p> <p><input type="checkbox"/> Medico specialista _____</p> <p><input type="checkbox"/> Passaparola</p> <p><input type="checkbox"/> Pubblicità</p> <p><input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni</p> <p><input type="checkbox"/> Internet</p> <p><input type="checkbox"/> Associazioni _____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AL FINE DI ORGANIZZARE IL RICOVERO IN RSA, SI RICHIEDONO LE SEGUENTE INFORMAZIONI :

**PATOLOGIE IN ATTO:**

DEMENZA  PARKINSON  ALTRO \_\_\_\_\_

**AUTONOMIA:**

DEAMBULAZIONE AUTONOMA  DEAMBULAZIONE ASSISTITA (A BRACCETTO)

DEAMBULAZIONE CON AUSILI  CARROZZINA

ALLETTATO

**STATO DI COSCIENZA**

VIGILE E ORIENTATO  VIGILE PARZIALMENTE ORIENTATO

NON ORIENTATO  SOPOROSO

COMATOSO

**STATO DEL SONNO**

REGOLARE  IRREGOLARE  NON DORME

**COMPORTEMENTO**

TENDENTE ALLA DEPRESSIONE E/O ANSIA  TRANQUILLO

TENDENTE ALLA FUGA  COLLABORANTE

VIOLENTO VERSO GLI ALTRI  POCO COLLABORANTE

VIOLENTO VERSO SE STESSO  NON COLLABORANTE

AGITATO

**FUMO**  NO     MENO DI 10 AL GIORNO     TRA 10 E 20 AL GIORNO     PIÙ DI 20 AL GIORNO

**VACCINAZIONE ANTI COVID-19**

NON EFFETTUATA

EFFETTUATA

INDICARE ULTIMA DOSE {1°} {2°} {3°} {4°} IN DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ 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/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 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 \_\_\_\_\_