 FONDAZIONE ANGELO MAJ	DOMANDA DI AMMISSIONE PER LA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) - CENTRO DIURNO INTEGRATO (CDI)	Rev: 04 Data: 01.12.2024
---	---	--------------------------------

DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA _____

- ☐ **RSA ANGELO MAJ – DARFO BOARIO TERME** (☐ stanza singola - ☐ stanza singola in villa)
☐ **RSA LUCIA LORENZETTI – ARTOGNE**
☐ **CDI ANGELO MAJ – DARFO BOARIO TERME**

Il/la sottoscritta _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

di essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____

di essere residente a _____ (prov. _____)

in Via _____ n° _____ Tel. _____

☐ Codice Fiscale _____

☐ Tessera Sanitaria n. _____

- di trovarsi nella condizione sociosanitaria come da scheda sanitaria allegata.

DOCUMENTI da ALLEGARE alla DOMANDA, DEBITAMENTE COMPILATI:

- Scheda sanitaria
- Copia verbale invalidità/accompagnamento
- Copia tessera sanitaria e eventuali esenzioni
- Consenso privacy, consenso informato firmati (sia dell'ospite che della persona di riferimento)
- Carta d'identità e tessera sanitaria
- Certificazione vaccini (Antinfluenzale – Antipneumocco – Anti COVID-19)

Per i pazienti affetti da ALZHEIMER O DEMENZA DI TIPO MISTO (degenerativa più vascolare) CON DISTURBI COMPORTAMENTALI si richiede:

- Copia visita neurologica recente o eventuale dimissione ospedaliera in cui si attese la patologia

Altre RSA d'interesse a cui inoltrare la domanda:

_____	_____
_____	_____



DICHIARA inoltre

STATO CIVILE

- ☐ celibe/nubile
☐ coniugato/a
☐ separato/a
☐ divorziato/a
☐ vedovo/a
☐ non dichiarato

TIPO DOMANDA

- ☐ nuova domanda
☐ domanda presentata in precedenza
☐ inserimento avvenuto
☐ rinuncia temporanea
☐ rinuncia definitiva
☐ decesso

MOTIVO DELLA DOMANDA

- ☐ ha perso l'autonomia fisica/psichica
☐ la famiglia non è in grado di provvedere
☐ vive solo
☐ l'alloggio è inadatto
☐ altro

FIGLI VIVENTI

maschi: n°
femmine: n°

TITOLO DI STUDIO

PROFESSIONE SVOLTA IN PASSATO

INIZIATIVA DELLA DOMANDA

- ☐ il soggetto stesso
☐ familiare o affine
☐ assistente sociale
☐ medico
☐ tutore
☐ altro

PROVENIENZA OSPITE

- ☐ direttamente dal domicilio
☐ struttura psichiatrica
☐ struttura sanitaria accreditata
☐ struttura sanitaria non accreditata
☐ in dimissione da Istituto di riabilitazione
☐ in dimissione da altro regime di tipologia (CDI)
☐ dimesso da altra Struttura
☐ altro

ASSEGNO ACCOMPAGNAMENTO

- ☐ sì
☐ in corso
☐ no

ASSISTENZA DOMICILIARE

- ☐ soggetto in voucher sociale - Comun. Montana
☐ soggetto in voucher sociosanitario- ADI
☐ buono sociosanitario


SITUAZIONE PENSIONISTICA

- ☐ nessuna pensione
☐ anzianità/vecchiaia
☐ sociale
☐ tipologia speciale (guerra, infortunio)
☐ reversibilità
☐ invalidità%

TIPOLOGIA ASSISTENZA

- ☐ ricovero ordinario
☐ ricovero di sollievo
☐ ricovero d'emergenza o pronto intervento

Nominativo e recapito medico di famiglia _____

 FONDAZIONE ANGELO MAJ	DOMANDA DI AMMISSIONE PER LA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) - CENTRO DIURNO INTEGRATO (CDI)	Rev: 04 Data: 01.12.2024
---	---	--------------------------------

CHIEDE

di essere ammesso/a in

1. ☐ R.S.A. • A LUNGO TERMINE • TEMPORANEO

2. ☐ C.D.I.

Si impegna a corrispondere la retta stabilita.

Dichiara inoltre di aver ricevuto in copia e di aver attentamente letto i seguenti documenti:

- Carta dei Servizi in vigore
- Informativa Privacy
- Informativa sull'amministratore di sostegno

Data, _____ Firma richiedente _____


PERSONA DI RIFERIMENTO (per aspetti economici e legali). In caso di mancanza di parenti da compilarsi da parte del Comune. Con la firma seguente la persona di riferimento (o il Comune) si impegna a rispondere personalmente al pagamento della retta giornaliera, in caso di impossibilità da parte dell'Ospite, in caso di ammissione dello stesso.

Cognome e Nome	Indirizzo e Comune di residenza	Telefono	Grado di parentela	Firma

EMAIL PERSONA DI RIFERIMENTO: _____

ALTRE PERSONE OBBLIGATE

Cognome e Nome	Indirizzo e Comune di residenza	Telefono	Grado di parentela	Firma

 FONDAZIONE ANGELO MAJ	DOMANDA DI AMMISSIONE PER LA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) - CENTRO DIURNO INTEGRATO (CDI)	Rev: 04 Data: 01.12.2024
---	---	---

IN CASO DI INCAPACITA' DELL'OSPITE LA POSTA VERRA' CONSEGNATA:

Cognome e Nome	Indirizzo e Comune di residenza	Telefono	Grado di parentela	Firma

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DELLA RSA

DATA	MOTIVAZIONE (nome di chi rifiuta l'ingresso)	FIRMA