

<b>MS.RSA 06</b> Rev.03 07.12.18 Pag. 1/2	<b>RSA</b>	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS CENTRO DI SALICE TERME	
<b>MODULO DOMANDA DI RICOVERO</b>			

**DOMANDA DI RICOVERO / SCHEDA SOCIALE PRE-INGRESSO**

**INFORMAZIONI GENERALI**

Data primo colloquio \_\_\_\_\_ Data riconsegna domanda (riservata al Centro) \_\_\_\_\_

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

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso  F  M

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Domicilio in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

**Stato civile:**

Celibe/nubile     
  Coniugato     
  vedovo/a     
  separato/a     
  divorziato/a

**Provenienza ospite:**

Domicilio     
  IDR     
  Struttura privata  
 Ospedale     
  RSA     
  Altro \_\_\_\_\_

**Iniziativa della richiesta:**

Spontanea  
 Non spontanea (specificare da chi è fatta) \_\_\_\_\_

**Persona di riferimento (care giver principale) / Rete sociale**

Coniuge     
  Altro familiare \_\_\_\_\_  
 Figli/e (n.maschi \_\_\_\_\_ n. femmine \_\_\_\_\_)     
  Conoscente/vicino  
 Convivente     
  Volontario  
 Altro \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**Medico di Medicina Generale** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

**Motivo della domanda:**

Perdita dell'autonomia     
  Sollievo  
 Famiglia non in grado di provvedere     
  Alloggio non idoneo  
 Solitudine     
  Trasferimento da altro Istituto \_\_\_\_\_  
 Assistenza sanitaria     
  Altro \_\_\_\_\_

<b>MS.RSA 06</b> Rev.03 07.12.18 Pag. 2/2	<b>RSA</b>	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS CENTRO DI SALICE TERME	
<b>MODULO DOMANDA DI RICOVERO</b>			

**Situazione abitativa attuale:**

L'anziano vive in casa

- solo  coniuge  
 figli  altro familiare  
 badante di:  giorno/notte  giorno  notte  altro \_\_\_\_\_

**L'anziano usufruisce o ha usufruito di servizi di assistenza offerti dal territorio:**  SI  NO

- Assistenza domiciliare integrata (ADI)  Servizio di assistenza domiciliare (SAD)  
 Centro Diurno Integrato (CDI)  Voucher sociale  Voucher infermieristico  
 Altro \_\_\_\_\_

**L'anziano è conosciuto dai Servizi Sociali del territorio?**  SI  NO

**Se sì, indicare di quale Comune e nominativo dell'Assistente Sociale** \_\_\_\_\_

**Invalidità riconosciuta:**  SI  NO  IN CORSO

ACCERTATA DI GRADO \_\_\_\_\_ INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO  SI  NO

**Presenza di protezione giuridica:** (consegnata informativa sull'amministratore di sostegno)

- NESSUNA  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO  TUTORE  INTERDIZIONE  
 ALTRO \_\_\_\_\_

**Domanda in corso**  SI  NO

**Se sì, specificare il tipo di domanda e la persona che ha fatto richiesta** \_\_\_\_\_

**In presenza di tutore o AdS specificare:**

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

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

**Livello di istruzione:** \_\_\_\_\_

**Attività lavorative svolte:** \_\_\_\_\_

**Tipologia Pensione:** \_\_\_\_\_

Firma richiedente

L'Ufficio Ricoveri