

### Richiesta Ospitalità in RSA

(da compilare a cura del richiedente, del familiare o persona di riferimento art. 433 C.C.)

#### Il sottoscritto

Nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel/cellulare \_\_\_\_\_ Orari di reperibilità \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

#### CHIEDE LA VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE PER L'ACCESSO IN RSA

del Sig. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ **attualmente domiciliato**

in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel/cellulare \_\_\_\_\_

Medico di base \_\_\_\_\_ tel/cellulare \_\_\_\_\_

#### A tal fine dichiara che l'utente per cui è richiesta la valutazione

È già in carico dei servizi socio –sanitari pubblici  SI  NO

#### per interventi di

Assistenza economica  Assistenza domiciliare Servizi Sociali  
 Assistenza domiciliare erogata dal CAD  
 Casa di riposo (nome, indirizzo telefono)  
\_\_\_\_\_

Centro di riabilitazione (nome, indirizzo telefono)  
\_\_\_\_\_  
 Ospedale o casa di cura (nome, indirizzo telefono)  
\_\_\_\_\_

Presenta le seguenti condizioni:

**Stato giuridico:**  Soggetto di diritto  Soggetto posto a curatela  Soggetto. posto a tutela

**Sesso:**  Maschio  Femmina

**Stato civile:**  celibe/nubile  coniugato/a  vedovo/a  
 divorziato/a  separato/o

**Titolo di studio**

senza titolo  licenza elementare  licenza media inferiore  
 licenza media superiore  laurea

**Professione esercitata in età lavorativa – Ramo di attività:**

Agricoltura  Industria  Commercio, Alberghi, Pubblici servizi  
 Imprenditore  Dirigente o Impiegato  Lavoratore dipendente  
 Pubblica amm.ne  Servizi privati  Lavoratore in proprio o coadiutante

**Condizione non professionale:**

Casalinga  Invalido  Altro

**Pensione percepita:**

sociale  reversibilità  assegno accompagnamento  
 vecchiaia  assicurazione  altro  
 invalidità  vitalizio  nessuna

**Ha a disposizione un alloggio?**

SI  NO

di proprietà  in affitto, di canone mensile Euro \_\_\_\_\_  
 di altri parenti  in casa con i figli  
 È adeguato ?  SI  NO

**Composizione del nucleo dei conviventi:**

solo/a  con coniuge  
 con i figli, di anno di nascita 1° \_\_\_\_\_ 2° \_\_\_\_\_ 3° \_\_\_\_\_  
 con genitori  altri parenti  altri non parenti  con personale retribuito  
 in casa di riposo  altra struttura (indicare): \_\_\_\_\_

### Familiari tenuti all'obbligo degli alimenti ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile

\_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

Reddito anno solare \_\_\_\_\_

#### Di essere titolari di

- pensione sociale  SI  NO
- assegno di accompagnamento  SI  NO

#### Altri redditi:

pensione di reversibilità Euro \_\_\_\_\_

rendita o pensione di rapporto di lavoro o altro titolo Euro \_\_\_\_\_

pensione di guerra Euro \_\_\_\_\_

pensione di invalidità civile Euro \_\_\_\_\_

pensione di ciechi parziali o completi Euro \_\_\_\_\_

indennità di comunicazione Euro \_\_\_\_\_

rendita da patrimonio o altro Euro \_\_\_\_\_

Totale \_\_\_\_\_

- Si rilascia la presente dichiarazione sotto la propria responsabilità, valendosi della disposizione di cui agli art. 2 e 4 art della legge 4 gennaio 1968, n. 15, consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni art. 483, 495 e 496 del codice penale, ai sensi e per effetti dell'art. 24 della legge 13 aprile 1977, n. 114
- Nel caso in ricorrano le condizioni di un eventuale intervento economico del comune di residenza, il dichiarante autorizza l'Unità Valutativa Territoriale a trasmettere i dati forniti ed il parere dell'UVT al comune di competenza.

Si allega la certificazione sanitarie del medico curante

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- Nel caso di presentazione della domanda da parte di persone diverse dall'assistito, le notizie relative alla posizione reddituale dell'interessato vengono fornite dal dichiarante che assume la responsabilità sulla completezza e veridicità.
- Nel caso in cui ricorrano le condizioni di un eventuale intervento economico del comune di residenza per corresponsione della quota – parte della retta per le spese sanitarie, deve essere prodotta la documentazione attestante quanto dichiarato.