

RICHIESTA DI OSPITALITA' IN RSA
 (DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE, DEI FAMILIARI REFERENTI
 OPPURE DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO AI SENSI DELL'ART. 433 C.C.)

IL SOTTOSCRITTO

COD.FISCALE

NATO il	a	
RESIDENTE Via/Piazza	CAP	
Telefono /Cellulare		
in qualità di (correlazione familiare)		

CHIEDE LA VALUTAZIONE MULTISCIPLINARE PER L'ACCESSO IN RSA

per il SIG./ra

COD.FISCALE

NATO il	a	
RESIDENTE IN via/Piazza	CAP	
DOMICILIATO IN Via/Piazza	CAP	
Telefono /Cellulare (di riferimento)		
MEDICO DI BASE	Telefono /Cellulare	

A TAL FINE DICHIARA CHE L'UTENTE PER CUI E' RICHIESTA LA VALUTAZIONE

<i>Usufruisce dei servizi socio-sanitari pubblici?</i>	<i>Se SI per quale tipo di assistenza?</i>		
Assistenza economica			
Assistenza domiciliare dei Servizi Sociali			
Assistenza domiciliare sanitaria erogata dal CAD			
Riabilitazione domiciliare erogata da centri accreditati			

Presenta le seguenti condizioni:

Stato Giuridico

Soggetto di diritto	
Soggetto posta a curatela	
Soggetto posta a tutela	

Stato Civile

Celibe/Nubile	
Coniugato/a	
Separato/a	
Divorziato/a	
Vedovo/a	

Titolo di studio

Senza titolo di studio	
Licenza elementare	
Licenza media inferiore	
Licenza media superiore	
Laurea	

Pensione percepita

Sociale	
Vecchiaia	
Invalidità	
Reversibilità	
Vitalizio/Assicurazione	
Assegno accompagnamento	
Altro	
Nessuna	

Condizione non professionale

Invalidità	
Altro	

Ha a disposizione un alloggio adeguato? SI NO

Tipologia	Composizione del nucleo conviventi
Di proprietà	Vive solo/a
In affitto	Con coniuge (anno di nascita)
In casa con i figli	Con figli adulti (n. figli)
In casa con altri parenti	Con genitori
In casa di riposo	Con altri parenti
In altra struttura	Con NON parenti
	Con personale retribuito

REFERENTI FAMILIARI TENUTI ALL'OBBLIGO DEGLI ALIMENTI ALI SENSI DELL'ART. 433 DEL CODICE CIVILE

NOMINATIVO	RELAZIONE FAMILIARE	CODICE FISCALE

Il/i sottoscritto/i dichiara di essere stato informato che:

- in RSA è prevista una quota giornaliera di carattere sociale-alberghiero a carico dell'utente per il livello assistenziale Mantenimento Alto (€ 59,20/die, circa €1.800/mese) e per il livello assistenziale Mantenimento Basso (€ 49,20/die - circa €1.500/mese)
- è possibile presentare, **successivamente all'ingresso in RSA**, la domanda di prestazione integrativa per la quota sociale-alberghiera al Municipio di residenza, muniti del Modello ISEE Sociosanitario Residenze
- è possibile richiedere Modello ISEE Sociosanitario Residenze al CAF, se si è in possesso del certificato di invalidità (superiore al 66%), rilasciato dall'INPS
- in base alla valutazione multidimensionale verrà assegnato all'utente il livello assistenziale più appropriato per le condizioni cliniche

Si rilascia la presente dichiarazione sotto la propria responsabilità, valendosi della disposizione di cui agli articoli 2 e 4 della Legge 04/01/1968 n. 15, consapevole della pena 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 13/04/1977, n.114

Data _____

Firma dei familiari richiedenti o dei referenti dell'utente

Alla presentazione di questa richiesta è necessario allegare:

- documento di riconoscimento dell'utente candidato
- documento/i di riconoscimento dei familiari o referenti
- modulo consenso al trattamento dei dati personali compilato e firmato dall'utente o dai familiari o referenti
- modulo sanitario compilato dal Medico di Medicina Generale o Medico ospedaliero oppure dal Medico Specialista del SSN