

## DOMANDA DI INGRESSO RESIDENZA PER ANZIANI "MARIA SS. DELLE GRAZIE" – GENZANO DI LUCANIA (PZ)

### GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

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

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: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Altri familiari e persone di riferimento:

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

### 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** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Codice Esenzione** \_\_\_\_\_ **Assistito** \_\_\_\_\_ **Codice** \_\_\_\_\_

**Medico curante** (Nome e Rec.Tel.) \_\_\_\_\_

<b>Residente in</b> _____	<b>CAP</b> _____
<b>Via</b> _____	<b>Recapito telef.</b> _____

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

Asl di appartenenza \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Se cittadino extracomunitario:

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

### RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RESIDENZA "MARIA SS. DELLE GRAZIE"

*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 Residenza per Anziani l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)*

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

## DOMANDA DI INGRESSO RESIDENZA PER ANZIANI "MARIA SS. DELLE GRAZIE" – GENZANO DI LUCANIA (PZ)

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO
<input type="checkbox"/> Condizioni abitative non idonee <input type="checkbox"/> Vive solo/sola <input type="checkbox"/> Perdita autonomia <input type="checkbox"/> Quadro clinico compromesso <input type="checkbox"/> Mantenimento/miglioramento capacità residue <input type="checkbox"/> Rischio permanenza al domicilio <input type="checkbox"/> Altro (ad es: problematiche socio familiari) _____

PROVENIENZA
<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Istituto di ricovero per acuti (ospedale) <input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica <input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione <input type="checkbox"/> Altra RSA <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO
<input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Lungodegenza

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, con: _____ _____

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

SITUAZIONE ABITATIVA
Con chi vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti: _____ <input type="checkbox"/> Assistente familiare (ore/die) _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ Dove vive: <input type="checkbox"/> Abitazione adeguata <input type="checkbox"/> Abitazione parzialmente adeguata <input type="checkbox"/> Abitazione totalmente inadeguata Perché _____ <input type="checkbox"/> Casa di proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Casa ATER <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Altro: _____

TUTELA
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno / Tutela <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Numero decreto <input type="checkbox"/> Altro: _____ Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. Tutore, etc...): _____ _____ Qualifica: <input type="checkbox"/> Familiare: _____ <input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.) _____ _____ Recapiti: _____ _____

## DOMANDA DI INGRESSO RESIDENZA PER ANZIANI "MARIA SS. DELLE GRAZIE" – GENZANO DI LUCANIA (PZ)



DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" e smi)

 SI

 NO

### 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
  - ↳ Codice: \_\_\_\_\_
  - ↳ Percentuale: \_\_\_\_\_ %
  - ↳ Indennità accompagnamento
    - si  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 \_\_\_\_\_

### RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi:  NO  SI (specificare):

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) \_\_\_\_\_
- CDI (Centro Diurno Integrato) \_\_\_\_\_
- Misure di sostegno regionali/comunali \_\_\_\_\_

Servizi / interventi Sociali attivi:  NO  SI (specificare):

- Comune \_\_\_\_\_
- Alloggio protetto \_\_\_\_\_
- Associazioni di volontariato \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI INGRESSO  
RESIDENZA PER ANZIANI  
"MARIA SS. DELLE GRAZIE" – GENZANO DI LUCANIA (PZ)**

Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc) \_\_\_\_\_

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RESIDENZA PER ANZIANI MARIA SS DELLE GRAZIE

- Direttamente
- Servizio Sociale di:  Centri Sociali Territoriali  Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista \_\_\_\_\_
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni \_\_\_\_\_

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ↳ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

---

---

---

---

Ai sensi del D.L.gs.196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 e smi 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:

---

**DOMANDA DI INGRESSO  
RESIDENZA PER ANZIANI  
"MARIA SS. DELLE GRAZIE" – GENZANO DI LUCANIA (PZ)**

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....