

Fondazione ONLUS "Villa Mons. D. Zani" Bienna	Domanda di accoglimento R.S.A.	Codice: DAR Rev: 04 Data: 20/07/2018
---	---------------------------------------	--

Al Direttore Generale
 Fondazione O.N.L.U.S.
 "Villa Monsignor Damiano Zani"
 Via Pradelli, 7
 25040 BIENNO (Bs)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via /Corso _____

Recapiti telefonici: casa/ufficio _____

Recapiti telefonici: cellulare _____

Altri riferimenti: _____

In qualità di _____

RICHIESTE INSERIMENTO PRESSO LA RSA PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Età _____ Genere: M F

Codice Fiscale _____

Numero documento d'identità _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Esenzione _____ Tessera Sanitaria _____

ASL di appartenenza _____ Distretto _____

Residente in _____ CAP _____

Via /Corso _____

Recapito Telefonico _____

Domicilio (compilare solo se differente dalla residenza):

Domiciliato in _____ CAP _____

Via /Corso _____

Se cittadino extracomunitario:

Cittadinanza _____

Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

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"/> Necessità di riabilitazione <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____ _____

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"/> Privato <input type="checkbox"/> Convenzione con _____ _____ _____

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"/> Badanti Presenza: _____ _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____ <input type="checkbox"/> Casa di proprietà <input type="checkbox"/> Affitto/casa ALER <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Altro: _____

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

SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Non dichiarato

- 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
- Invalidità
→ Tipo di invalidità:

- Indennità di accompagnamento
 - si
 - in attesa di accompagnamento
 - no

LIVELLO DI ISTRUZIONE

- Nessuno
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiori in

- Laurea in:

- Altro

PROFESSIONE PRE INSERIMENTO

- Casalinga
- Agricoltore
- Operaio (ambito _____)
- Impiegato (ruolo _____)
- Artigiano (ambito _____)
- Insegnante (in _____)
- imprenditore (ambito _____)
- Libero professionista (_____)
- Altro _____

SERVIZI SOCIO SANITARI ATTIVI

- Comune _____
Assistente sociale di riferimento:

- Recapiti:

- SAD

- ADI

- CDI

- CPS

- Custode sociale – Portierato Sociale

- Associazioni volontariato

- Altro (ad esempio pasti al domicilio, telesoccorso,
etc.)

Fondazione ONLUS "Villa Mons. D. Zani" Bienna	Domanda di accoglimento R.S.A.	Codice: DAR Rev: 04 Data: 20/07/2018
---	---------------------------------------	--

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA <input type="checkbox"/> Direttamente <input type="checkbox"/> Servizio Sociale di: <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Medico di Medicina generale (medico curante) <input type="checkbox"/> Medico specialista _____ <input type="checkbox"/> Passaparola <input type="checkbox"/> Pubblicità <input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Associazioni _____

Altresì, dichiara:

- di aver ricevuto informazioni sul servizio anche tramite consegna di copia della Carta dei Servizi;
- che in caso di accoglimento si impegna a provvedere ed a rispondere personalmente al pagamento della retta giornaliera attuale e futura stabilita dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione O.N.L.U.S. "Villa Mons. Damiano Zani" ed alla rifusione delle spese extra eventualmente sopportate per conto dell'assistito in argomento;
- di essere a conoscenza che la retta giornaliera può essere ridotta solo nel caso che vi sia contributo diretto all'ospite da parte di Enti Pubblici e si obbliga, di conseguenza, ad effettuare il pagamento mensile della retta dovuta e ad accettare il deposito cauzionale infruttifero pari a €=.1.550,00.=. dovuto a garanzia spese di degenza, da versarsi prima dell'accoglimento, da restituirsì a fine del rapporto.
-

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- CODICE FISCALE
- CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO
- TESSERA SANITARIA
- EVENTUALI ESENZIONI
- VERBALE D'INVALIDITÀ
- DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

DATA: ____ / ____ / 20__

FIRMA DEL RICHIEDENTE:
