FONDAZIONE "MONS. GIACOMO CARETTONI"
O.N.L.U.S.
Via Roma, 100 – 25056 Ponte di Legno (BS) - Via Alta Valle, 1 – 25050 Temù (Bs)
Tel 0364/91161 – Fax 0364/902035 – email: info@fondazionecarettoni.it
P.IVA 02502600980 – C.F. 81005030176

DOMANDA DI AMMISSIONE A RSA/CDI

Il/la Sottoscritto/a _____

consapevole della sanzioni penali, nel caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR n.445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- di essere nato/a _____ (prov. ___) il _____

- di essere residente a _____ (prov. ___)

Via _____, n. __ tel. _____

n. cod. fiscale: _____, n. tessera sanitaria: _____

- di essere seguito dai servizi territoriali (ATS) di _____

- di trovarsi nella condizione socio-sanitaria come da certificato medico allegato:

□ NAP □ NAT □ ALZHEIMER

DICHIARA inoltre

STATO CIVILE
□ celibe/nubile (1)
□ coniugato/a (2)
□ separato/a (3)
□ divorziato/a (4)
□ vedovo/a (5)
□ non dichiarato (6)

TIPO DOMANDA
□ nuova domanda (1)
□ domanda presentata in precedenza (2)
□ inserimento avvenuto (3)
□ rinuncia temporanea (4)
□ rinuncia definitiva (5)
□ decesso (6)

MOTIVO DELLA DOMANDA
□ ha perso l'autonomia fisica/psichica (1)
□ la famiglia non è in grado di provvedere (2)
□ vive solo (3)
□ l'alloggio è inidoneo (4)
□ altro (9)

FIGLI VIVENTI
maschi: n° ……
femmine: n° …….

ASSEGNO ACCOMPAGNAMENTO
□ si (1)
□ no (in lista d'attesa) (2)
□ no (3)

INVALIDITA' ……..%

PROVENIENZA OSPITE
□ direttamente dal domicilio (1)
□ struttura psichiatrica (3)
□ struttura sanitaria accreditata (4)
□ struttura sanitaria non accreditata (5)
□ in dimissione da Istituto di riabilitazione (6)
□ in dimissione da altro regime di tipologia (CDI) (7)
□ dimesso da altra Struttura (8)
□ altro (9)

ASSISTENZA DOMICILIARE
□ soggetto in voucher sociale - Comunità Montana (1)
□ soggetto in voucher socio sanitario-ADI (2)
□ buono socio sanitario (3)

SITUAZIONE PENSIONISTICA
□ nessuna pensione (0)
□ più pensioni
□ anzianità/vecchiaia (1)
□ sociale (2)
□ tipologia speciale (guerra, infortunio)
□ reversibilità (4)
□ invalidità (5)

TITOLO DI STUDIO
□ Scuola dell'obbligo
□ Suola media
□ Scuola superiore
□ Laurea

INIZIATIVA DELLA DOMANDA	TIPOLOGIA ASSISTENZA
□ il soggetto stesso (1) □ familiare o affine (2) □ assistente sociale (3) □ medico (4) □ tutore (5) □ altro (9)	□ ricovero ordinario (1) □ ricovero di sollievo (2) □ ricovero d'emergenza o pronto intervento (3)

CHIEDE

di essere ammesso/a in

1. □ R.S.A. - □ A LUNGO TERMINE □ TEMPORANEO
2. □ C.D.I.

Si impegna a corrispondere la retta stabilita dal Consiglio di Amministrazione.
Dichiara inoltre di aver ricevuto in copia e di aver attentamente letto i seguenti due documenti:

- Carta dei Servizi in vigore
- Regolamento in vigore

Altre strutture d'interesse:
1) _____
2) _____
3) _____

_____ lì _____ in fede _____

PERSONA DI RIFERIMENTO (per aspetti economici e legali). In caso di mancanza di parenti da compilarsi da parte del Comune. Con la firma seguente la persona di riferimento (o il Comune) si impegna a rispondere personalmente al pagamento della retta giornaliera, in caso di impossibilità da parte dell'Ospite, in caso di ammissione dello stesso.

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	Grado di parentela	Firma

ALTRE PERSONE OBBLIGATE

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	Grado di parentela	Firma

IN CASO DI INCAPACITÀ DELL'OSPITE LA POSTA VERRA' CONSEGNATA:

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	Grado di parentela	Firma

Documenti da allegare alla domanda, debitamente compilati:
all. 2 - Scheda sanitaria
all. 3 - Scheda informativa
all. 4 – Dichiarazione di consenso per il trattamento dei dati.