



Al Signor Presidente della Casa di Soggiorno \_\_\_\_\_

E per conoscenza Al Signor Sindaco  
del Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto:** richiesta di ammissione alla Casa di Soggiorno \_\_\_\_\_

\_\_I\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_, (codice fiscale \_\_\_\_\_ tessera sanitaria \_\_\_\_\_)  
stato civile \_\_\_\_\_ (celibe/nubile, coniugato/a, vedovo/a) con /di \_\_\_\_\_  
numero figli \_\_\_\_ di nome \_\_\_\_\_

**Viste** le proprie condizioni di salute;

**Constato** che alla data odierna nel territorio comunale dove risiede (non) \_\_\_\_\_ vi sono disponibilità di alloggi o posti letto che gli/le garantiscono un'ideonea cura e assistenza e la scelta è per la Casa di Soggiorno di \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi :

\_\_\_\_\_ (vicino al comune di nascita o residenza, vicinanza a parenti o altro);

**Fatto presente** che l'Unità Operativa Distrettuale della ULSS n. \_\_\_\_\_ (non) \_\_\_\_\_ conosce la presente richiesta;

**Chiede di essere accolto** \_\_\_\_

come ospite (non) \_\_\_\_\_ autosufficiente, in codesta Casa di Soggiorno per anziani,

**dichiarando che**

- conosce ed accetta tutte le condizioni previste dal regolamento della Casa Soggiorno;
- provvederà per il pagamento della retta, ivi compresi aumenti futuri, \_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ per intero, oppure al concorso dei parenti rappresentati da\_\_ :

**1. Sig.** \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
che del sottoscritto è \_\_\_\_\_ (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, tutore, altro);

**2. Sig.** \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
che del sottoscritto è \_\_\_\_\_ (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, tutore, altro);

**3. Sig.** \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
che del sottoscritto è \_\_\_\_\_ (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, tutore, altro);

Per un obiettivo esame della domanda, allega scheda personale e familiare, debitamente compilata e sottoscritta, dichiarando veritiere le informazioni scritte nel presente atto.

In fede

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI AMMISSIONE (spazio riservato all'Ente)**

Molto urgente <input type="checkbox"/>	Urgente <input type="checkbox"/>	Aspettativa <input type="checkbox"/>	Accolta <input type="checkbox"/>	Dimesso <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
data	data	data	data	data	data

## SCHEDA DATI

**ATTENZIONE:** cerchiare il numero corrispondente alla propria risposta, esempio: ⑥

### 01. Cognome e nome

### 02. Titolo di studio:

- |                            |                       |                            |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|
| 01 Nessun titolo           | 02 Licenza elementare | 03 Licenza media inferiore |
| 04 Licenza media superiore | 05 Diploma            | 06 Laurea                  |

### 03. La domanda di servizio è stata presentata anche altrove

01 (Si) 02 (No)

### 04. Ultima professione esercitata

- |                               |                               |                                |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 01 Agricoltura - imprenditore | 02 Agricoltura lav.in proprio | 03 Agricoltura dirigente       |
| 04 Agricoltura - dipendente   | 05 Industria - imprenditore   | 06 Industria - lav. in proprio |
| 07 Industria - dirigente      | 08 Industria - dipendente     | 09 Com/Art/Serv. imprenditore  |
| 10 Com/Art/Serv. Lav. proprio | 11 Com/Art/serv. dirigente    | 12 Com/Art/Serv. dipendente    |
| 13 Situazioni particolari:    |                               |                                |

### 05. Bisogni

- |                              |                              |                                 |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 01 Solitudine                | 02 Non autosufficienza       | 03 Rapporti familiari difficili |
| 04 Alloggio inidoneo         | 05 Sfratto                   | 06 Situazione economica         |
| 07 Desiderio di tranquillità | 08 Protezione/sostegno em.za | 09 Distacco parenti, isolamento |
| 10 Non in condizioni bisogno | 11 Non vuole rispondere      | 12                              |

### 06. Tra i bisogni manifestati, indicare il numero del bisogno più rilevante

### 07. Servizi richiesti

- |                              |                         |                             |
|------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 01 Prestazioni economiche    | 02 Servizi tempo libero | 03 Vacanze                  |
| 04 Cure climatiche e termali | 05 Servizio domiciliare | 06 Interventi sull'alloggio |
| 07 Centro diurno             | 08 Casa albergo         | 09 Casa riposo - RSA        |
| 10 Ospedale diurno           | 11 Servizi per non auto | 12 Nessun servizio          |
| 13                           | 14                      | 15                          |

### 08. Tra i servizi richiesti, indicare il numero di quello più urgente

### 09. Servizi già utilizzati

- |                              |                         |                             |
|------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 01 Prestazioni economiche    | 02 Servizi tempo libero | 03 Vacanze                  |
| 04 Cure climatiche e termali | 05 Servizio domiciliare | 06 Interventi sull'alloggio |
| 07 Centro diurno             | 08 Casa albergo         | 09 Casa riposo - RSA        |
| 10 Ospedale diurno           | 11 Servizi per non auto | 12 Nessun servizio          |
| 13                           | 14                      | 15                          |

### 10. Tra i servizi utilizzati, indicare il numero di quello maggiormente usato

### 11. Iniziativa della richiesta

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 01 Di propria iniziativa autonoma | 02 D'accordo con i familiari                                      |
| 02 Spinta dai familiari           | 04 Su consiglio di altri per disinteresse dei familiari e parenti |

### 12. Convivenza

- |                        |                |                        |              |
|------------------------|----------------|------------------------|--------------|
| 01 Da solo             | 02 Con coniuge | 03 Con coniuge e figli | 04 Con figli |
| 05 Da solo e con figli | 06 Con parenti | 07 In comunità (varie) | 06           |

### 13. Reddito mensile:

01	Lire	Meno di 1.000.000.-	Euro	Meno di 516,457.-	€
02	Lire	Da 1.000.001.- a 2.000.000.-	Euro	Da 516,458.- a 1032,91.-	€
03	Lire	Da 2.000.001.- a 3.000.000.-	Euro	Da 1032,92.- a 1549,37.-	€
04	Lire	Più di 3.000.000.-	Euro	Più di 1549,38	€

**14. Tipo di pensione e assicurazioni**

- |                      |                 |                       |                      |
|----------------------|-----------------|-----------------------|----------------------|
| 01 Pensione statale  | 02 Enti locali  | 03 Pensione guerra    | 04 Invalidità civile |
| 05 INPS cat. VO      | 06 INPS cat. SO | 07 INPS cat. IO       | 08 INPS cat. VOA     |
| 09 INPS cat. VOC     | 10 INPS cat. VR | 11 Assicurazioni vita | 12 Non ha pensione   |
| 13 Indennità accomp. | 14 _____        | 15 _____              | 16 _____             |

**15. Modalità di pagamento o contributo per i servizi che vengono richiesti**

- |                              |   |                           |
|------------------------------|---|---------------------------|
| 01 In proprio                | 02 Carico familiari                     | 03 Carico ente pubblico   |
| 04 Suo carico, ente pubblico | 05 Suo carico, ente pubblico, familiari | 06 Suo carico e familiari |
| 07 Da definire               | 08 _____                                | 09 _____                  |

**16. Alloggio attuale**

- |                 |            |                       |                            |
|-----------------|------------|-----------------------|----------------------------|
| 01 Proprio      | 02 Affitto | 03 Affitto a riscatto | 04 Non proprio non affitto |
| 05 In usufrutto | 06 Sfratto | 07 Senza alloggio     | 08 _____                   |

**17. Rapporti relazionali – ricevere visite o frequentare amici**

- |                   |                               |                                   |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 01 Tutti i giorni | 02 Uno/due volte la settimana | 03 Una/due volte al mese          |
| 04 Ogni tanto     | 05 Mai – preferisco star solo | 06 Mai, ma vorrei vedere qualcuno |

**18. Rapporti relazionali – cognome e nome persona più frequentata**

Sig. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**19. Rapporti relazionali – mezzi di trasporto utilizzati normalmente o qualche volta**

- |               |               |            |          |
|---------------|---------------|------------|----------|
| 01 Bicicletta | 02 Automobile | 03 Autobus | 04 Treno |
| 05 Motorino   | 06 Aereo      | 07 Barca   | 08 _____ |

**20. Alimentazione - diete**

- |                                    |                      |                           |
|------------------------------------|----------------------|---------------------------|
| 01 Dieta per colesterolo           | 02 Dieta per diabete | 03 Dieta per ipertensione |
| 04 Dieta per allergie-intolleranze | 05 Nessuna dieta     | 06 _____                  |

**21. Alimentazione – gusti o alimenti preferiti**

- |                   |                 |                          |
|-------------------|-----------------|--------------------------|
| 01 Pasta _____    | 02 Riso _____   | 03 Minestre _____        |
| 04 Carni _____    | 05 Pesce _____  | 06 Insaccati _____       |
| 07 Verdura _____  | 08 Frutta _____ | 09 Dolci e dessert _____ |
| 10 Formaggi _____ | 11 Uova _____   | 10 _____                 |

**22. Bevande**

- |             |                |                  |          |
|-------------|----------------|------------------|----------|
| 01 Alcolici | 02 Analcoliche | 03 Superalcolici | 04 _____ |
|-------------|----------------|------------------|----------|

**23. Fumo**

- |                        |                           |                           |                 |
|------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|
| 01 1 sigaretta a pasto | 02 3 a 10 sigarette al dì | 03 Più 11 sigarette al dì | 04 Non fumatore |
|------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|

**24. Tempo libero**

- |                          |                             |                         |                      |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------|
| 01 Vedere televisione    | 02 Passeggiare              | 03 Stare con amici      | 04 Animali domestici |
| 05 Dipingere             | 06 Ricamare                 | 07 Lavoro a maglia      | 08 Giardinaggio      |
| 09 Giocare a carte       | 10 Leggere (libri, riviste) | 11 Leggere quotidiano   | 12 Pescare           |
| 13 Sport all'aria aperta | 14 Fare la spesa            | 15 Faccende domestiche  | 16 Cucinare          |
| 17 Giochi collettivi     | 18 Giochi solitari          | 19 Piccola falegnameria | 20 Aiutare gli altri |
| 21 Pregare               | 22 Visitare luoghi - gite   | 23 Far niente           | 24 _____             |

**25. Altre segnalazioni utili per facilitare l'inserimento nella casa di soggiorno**

---



---



---



---

## Scheda di rilevazione stato di salute

Condizioni di autosufficienza				Breve quadro clinico	
	Attività	Senza difficoltà	Lieve difficoltà	Difficoltà	
<b>Motricità</b>	01 Si muove da solo	0	1	2	
	02 Allettato (livello dipendenza: basso, medio, alto)	0	1	2	
	03 Cammina usando protesi, sostegni, carrozzine	0	1	2	
	04 Cammina aiutata da persone	0	1	2	
<b>Cura persona - casa</b>	05 In grado di provvedere alla propria alimentazione	0	1	1	
	06 Mangia da solo	0	1	2	
	07 Si lava da solo	0	1	1	
	08 Fa il bagno da solo	0	1	2	
	09 Utilizza i servizi igienici da solo	0	1	1	
	10 Si veste da solo	0	1	1	
	11 In grado di accudire al governo della casa	0	1	2	
	12 Conserva autonomia fuori dell'abitazione	0	1	2	
<b>Condizioni di salute</b>	13 Vede	0	1	2	<b>Terapia in atto</b>
	14 Sente	0	1	1	
	15 Parla	0	1	2	
	16 Continenza vescicole	0	1	2	
	17 Continenza anale	0	1	2	
	18 Se porta catetere, livello prestazione richiesta	0	1	2	
	19 Manifesta psiche integra	0	1	2	
	20 Fenomeni confusionali/deterioramento mentale (L.M.G)	0	1	2	
	21 Prestazioni particolari per piaghe da decubito-neoplasie	0	1	2	
	Totale punteggio				

### CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ medico di fiducia del \_\_\_\_\_  
 Sig. \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ **certifica** che il proprio  
 assistito, alla data attuale, non è affetto da malattie contagiose e può vivere ed avere norma  
 li relazioni in comunità.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

#### Decreto Legislativo n. 196/2003

#### “Codice in materia di protezione dei dati personali”

\_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ sottoscritto \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 in relazione all'informativa che mi avete fornito esprimo il \_\_\_\_\_ consenso previsto dall'art. 23 del D.lgs 196/2003, al  
 trattamento dei miei dati personali da parte vostra per le finalità istituzionali delineate nella Vostra attività, ivi compresa  
 la comunicazioni a Enti e Società collegate alla \_\_\_\_\_  
 Ovvero a società di elaborazione dati al solo scopo di eseguire elaborazione finalizzate al conseguimento di dette finali-  
 tà. Ai sensi dell'art. 26 del Dlgs 196/2003, esprimo il \_\_\_\_\_ consenso al trattamento dei dati indicanti il mio stato di  
 salute, essendo gli stessi funzionali alla fruizione del servizio da me richiesto e da Voi fornitomi.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### Allegati:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Certificato di residenza<br><input type="checkbox"/> Fotocopia tessera sanitaria(eventuale esenzione tichet)<br><input type="checkbox"/> Fotocopia del codice fiscale | <input type="checkbox"/> Fotocopia documento di riconoscimento<br><input type="checkbox"/> Fotocopia del libretto di pensione<br><input type="checkbox"/> Fotografia recente |
|--|--|