

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA
RSA APERTA**

All'Ente Gestore della RSA _____
(Denominazione struttura ed indirizzo)

DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI DELLA MISURA

Il Sig/La Sig.ra _____
(Cognome e Nome)

Data di nascita ____/ ____/ ____ Età ____ Luogo di nascita _____prov.(____)

Codice Fiscale: _____ Tessera Sanitaria _____

residente in _____prov. (____) CAP _____

via _____n° ____ Telefono: _____

e-mail _____

Compilare solo qualora il domicilio non coincida con la residenza

Comune di domicilio _____prov. (____) CAP _____

via e n° _____

**DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA
(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)**

Cognome _____ Nome _____

residente in _____prov. (____) CAP _____

via _____n° ____ Telefono: _____

e-mail _____

CHIEDE

l'accesso alla valutazione prevista per la fruizione degli interventi offerti dalla **Misura RSA APERTA**.

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

1. di non beneficiare/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non beneficia di misure (compresa la presente) e/o interventi regionali incompatibili ovvero di rinunciarvi/rinuncerà al momento dell'attivazione di RSA APERTA;
2. di non fruire/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non fruisce di altri servizi/unità d'offerta semiresidenziali della rete socio-sanitaria ;
3. di non avere in corso altre richieste per la misura RSA aperta

ALLEGA

- Certificazione diagnostica di demenza/Alzheimer (solo per persone affette da demenza);
- Copia del verbale di Invalidità Civile (per persone anziane non autosufficienti);
- Copia del documento di identità in corso di validità dell'interessato all'erogazione della misura;
- Copia del documento di identità in corso di validità di chi firma la domanda (se diverso dall'interessato al beneficio della misura);
- Copia dell'eventuale documentazione sanitaria e socio-sanitaria attestante le condizioni clinico-funzionali (solo se già posseduta);

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

- di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale (indicare relazione di parentela): _____
- di essere altro care giver (indicare legame con il richiedente: amico, conoscente, ...): _____
- di essere amministratore di sostegno del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)
- di essere tutore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina _____)
- di essere curatore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)

Luogo e data: _____

FIRMA

SCHEDA SOCIALE RSA APERTA

DATI ANAGRAFICI		COMPILAZIONE – DATA	
COGNOME			
NOME			
STATO CIVILE			
DATA DI NASCITA			
LUOGO DI NASCITA			
NAZIONALITA'			
AREA RELAZIONALE			
PARENTI	figli	<input type="checkbox"/>	
	Coniuge	<input type="checkbox"/>	
	Fratelli	<input type="checkbox"/>	
	nipoti	<input type="checkbox"/>	
CAREGIVER (chi si occupa dell'anziano)	(specificare)	<input type="checkbox"/>	
RETI INFORMALI	Amici	<input type="checkbox"/>	
	Conoscenti	<input type="checkbox"/>	
	Vicini di casa	<input type="checkbox"/>	
SCOLARITA'	Licenza elementare	<input type="checkbox"/>	
	Licenza media	<input type="checkbox"/>	
	Professionali	<input type="checkbox"/>	
	Diploma superiore	<input type="checkbox"/>	
	Altro	<input type="checkbox"/>	
PROFESSIONE SVOLTA			
LINGUA	Italiano <input type="checkbox"/>	Altra lingua <input type="checkbox"/> quale?	
DIALETTO	<input type="checkbox"/>	Di dove?	

Religione Cattolica Altra religione _____
 Praticante Non praticante

Altro:

Firma ospite/familiare/caregiver _____

SERVIZI TERRITORIALI COINVOLTI	NOME E COGNOME		RIFERIMENTO TELEFONICO
SERVIZI SOCIALI COMUNALI			
MEDICO DI BASE			
SERVIZIO ASL			
ALTRO			
TUTELA GIURIDICA	NOME E COGNOME		RIFERIMENTO TELEFONICO
1) TUTORE (se nominato)			
2) A.D.S. (se nominato)			
ATTO DI NOMINA DI (1) O (2)			
INVALIDITA' CIVILE			
NO <input type="checkbox"/>	SI – POSSEDUTA <input type="checkbox"/>	PERCENTUALE	
INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO			
NO <input type="checkbox"/>	SI – POSSEDUTA <input type="checkbox"/>		
SITUAZIONE PENSIONISTICA			
TIPOLOGIA			
ALTRI TIPI DI SUSSIDI			
RILEVAZIONI BISOGNI OSPITE	INDIPENDENTE	SEMI INDIPENDENTE	DIPENDENTE
IGIENE PERSONALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IGIENE AMBIENTALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPESE E DISBRIGO PRATICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SORVEGLIANZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONE COINVOLTE NEL SODDISFACIMENTO DEI BISOGNI:

INTERESSI/ABITUDINI DI VITA

Firma ospite/familiare/caregiver _____