



RSA
APERTA

DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA RSA APERTA

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

Il Sig./la Sig.ra _____
Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____ Età _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____
in via _____ n. _____ Telefono _____
e-mail _____

Compilare solo qualora il domicilio non coincida con la residenza

Comune domicilio _____ prov. _____ CAP _____
in via _____ n. _____

DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA

Compilare solo se è persona diversa dal richiedente la misura

Nome _____ Cognome _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____
in via _____ n. _____ Telefono _____
e-mail _____





RSA
APERTA

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 sociosanitaria;
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);





RSA
APERTA

DICHIARA

Compilare solo se è persona diversa dal richiedente la misura

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 _____





RSA
APERTA

SCHEDA SOCIALE

DATI ANAGRAFICI

1° Compilazione, data _____

Nome	
Cognome	
Stato Civile	
Data di Nascita	
Luogo di Nascita	
Nazionalità	

AREA RELAZIONALE

Parenti	Figli	
	Coniuge	
	Fratelli	
	Nipoti	
Caregiver chi si occupa dell'anziano		





Reti Informali	Amici	
	Conoscenti	
	Vicini di casa	
Scolarità	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	
	<input type="checkbox"/> Licenza media	
	<input type="checkbox"/> Professionali	
	<input type="checkbox"/> Diploma superiore	
	<input type="checkbox"/> Altro	
Professionalità svolta		
Lingua	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Altra lingua Specificare _____
Dialetto	<input type="checkbox"/> Sì Specificare _____	
Religione	<input type="checkbox"/> Cattolica	
	<input type="checkbox"/> Altra religione Specificare _____	
	<input type="checkbox"/> Praticante	
	<input type="checkbox"/> NON praticante	
Altro		





RSA
APERTA

SERVIZI TERRITORIALI COINVOLTI

Tipologia	Nome e Cognome	Recapito Telefonico
Servizi Sociali Comunali		
Medico di Base		
Servizio ASL		
Altro		

TUTELA GIURIDICA

	Nome e Cognome	Recapito Telefonico
1] Tutore se nominato		
2] A.D.S. se nominato		
Atto di nomina di [1] o [2]		

Invalidità Civile	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì Percentuale _____
Indennità di Accompagnamento	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì
Situazione Pensionistica	Tipologia
	Altri tipi di sussidi





RSA
APERTA

RILEVAZIONE BISOGNI OSPITE

Tipologia	Indipendente	Semi-indipendente	Dipendente
Igiene personale			
Vestizione			
Igiene ambientale			
Spese e disbrigo pratiche			
Sorveglianza			

Persone coinvolte nel soddisfacimento dei bisogni	
Interessi Abitudini di vita	

Luogo e data _____

Firma _____

