



**Domanda per l'accesso in R.S.A.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La valutazione multidisciplinare per l'accesso in RSA del .... Signor .... \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sesso: M  F  luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

...I.... suddett.... Assistit....

non è attualmente a carico dei servizi socio – sanitari pubblici  è già a carico dei servizi socio – sanitari pubblici per interventi di :

assistenza economica  assistenza domiciliare sociale  assistenza C.A.D.

ospitalità in casa di riposo \_\_\_\_\_  
indicare

ricovero in centro di riabilitazione \_\_\_\_\_  
indicare

ricovero in ospedale o casa di cura \_\_\_\_\_  
indicare

Il sottoscritto esprime la propria preferenza per le seguenti strutture purché compatibili con il livello assistenziale definito dall'U.V.T. 1 ) \_\_\_\_\_

2 ) \_\_\_\_\_

L'atto di richiesta è comprensivo del consenso alla divulgazione, per fini istituzionali, dei dati personali dell'interessato

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**AZIENDA USL ROMA D**  
Centro Assistenza Domiciliare e Residenziale



**Scheda socio – anagrafica ( Assistito / a )**

Cognome ..... Nome .....

Luogo di nascita ..... Luogo di residenza .....

Indirizzo .....

Telefono .....

Codice Fiscale .....Medico curante .....

Stato giuridico:  soggetto di diritto  soggetto posto a curatela  soggetto posto a tutela

Sesso:  maschio  femmina

Stato civile:  celibe / nubile  coniugato / a  vedovo / a  divorziato / a  separato / a

Titolo di studio:  senza titolo di studio  licenza elementare  licenza scuola media inferiore  
 licenza scuola media superiore  laurea

Professione esercitata in età lavorativa >

1 ) Ramo di attività:  agricoltura  industria  commercio, alberghi, pubblici esercizi  
 pubblica amministrazione, servizi ( pubblici e privati )

2 ) Posizione nella professione:  imprenditore  dirigente o impiegato  
 lavoratore in proprio o coadiuvante  lavoratore dipendente

Condizione non professionale:  casalinga  invalido  altro

Pensione percepita:  sociale  reversibilità  assegno accompagnamento  vecchiaia  assicurazione  
 invalidità  vitalizio  nessuna

Ha a disposizione un alloggio ?  sì  no

Di che tipo ?  di proprietà  in affitto ( canone mensile euro ..... )

in casa con i figli  di altri parenti

E' adeguato ?  sì  no

Composizione del nucleo dei conviventi:  solo /a  con coniuge ( anno di nascita ..... )

con figli ( numero ..... )

con genitori  altri parenti  altri non parenti

con personale retribuito

in casa di riposo o altra struttura  
( indicare ) .....

Firma del richiedente .....



**AZIENDA USL ROMA D**  
 Centro Assistenza Domiciliare e Residenziale



...I... sottoscritto /a .....

Nat... a ..... II .....

Residente in ..... Indirizzo .....

Codice fiscale .....

Valendomi della disposizione di cui agli articoli 2 e 4 della legge del 4 gennaio 1968 n.15, e consapevole delle pene stabilite per false e mendaci dichiarazioni degli articoli 483 – 495 – 496 del codice penale, ai sensi e per gli effetti dell' articolo 24 della legge 13 aprile 1977 n. 114, sotto la mia personale responsabilità

Dichiara che

...I... signor... .....

Nat... a..... II .....

residente in ..... Indirizzo .....

Codice fiscale .....

È titolare di:

- pensione sociale  sì  no

- pensione di accompagnamento  sì  no

( altri redditi )

pensione di reversibilità euro .....

pensione di guerra euro .....

rendita o pensione da rapporto di lavoro o altro titolo euro .....

pensione o assegno di invalidità civile euro .....

pensione non vedenti parziali o assoluti euro .....

indennità di comunicazione euro .....

rendite da patrimonio o altro euro .....

Data ..... totale .....

Firma .....

Nel caso in cui ricorrano le condizioni di un eventuale intervento economico del Comune di residenza per la corresponsione della quota parte della somma per le spese non sanitarie, deve essere prodotta la documentazione attestante quanto dichiarato



**AZIENDA USL ROMA D**  
Centro Assistenza Domiciliare e Residenziale



**Proposta di accesso in R. S. A.**  
(da compilarsi a cura del Medico Curante)

Signor ..... Data di nascita .....

Indirizzo ..... Comune .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> patologia di rilievo neoplastiche | <input type="checkbox"/> condizioni invalidanti cardiovascolari              |
| <input type="checkbox"/> demenza                           | <input type="checkbox"/> condizioni invalidanti apparato respiratorio        |
| <input type="checkbox"/> cecità                            | <input type="checkbox"/> condizioni invalidanti apparato locomotore          |
| <input type="checkbox"/> sordità                           | <input type="checkbox"/> condizioni invalidanti apparato genito – urinario   |
| <input type="checkbox"/> sindromi                          | <input type="checkbox"/> condizioni invalidanti neurologiche – psichiatriche |
| altro  |  |

Diagnosi .....  
.....  
.....  
.....

la persona è già inserita in un programma di assistenza:

Programmata      Domiciliare integrata      in casa di riposo      in casa di cura per lungodegenti  
in centro di riabilitazione ex articolo 26 / 833      in ospedale

L'Assistito è trasportabile    sì    no

Condizioni sanitarie e sociali che motivano la proposta di inserimento in R. S. A. : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indirizzo e telefono ambulatoriale .....  
.....

*Timbro e firma del Medico*

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_