

MONS. G. BORSIERI

**MODULO PER INSERIMENTO
ALLOGGIO PROTETTO PER ANZIANI (A.P.A.)**

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data _____ M F

Codice Fiscale _____

Residente a _____ (Prov. _____) in via/piazza _____ n. _____

Telefono/cell. _____ Eventuale fax o e-mail _____

DOMICILIO IN _____ (_____)
CITTÀ (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA _____ N. _____

Telefono/cell. _____

RICHIESTA DI INSERIMENTO IN

- Monolocale
- Bilocale
- Bilocale uso singolo
- Bilocale condiviso/da condividere con altro ospite

TEMPORANEO dal _____ al _____

DEFINITIVO

PERSONA DI RIFERIMENTO

COGNOME E NOME _____

Residente a _____ (Prov. _____) in via/piazza _____ n. _____

GRADO DI PARENTELA _____ Eventuale Fax o e-mail _____

Telefono/cell. _____ Altri recapiti telefonici _____

EVENTUALE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

Cognome e Nome

Telefono

Città

via/piazza

n. civico

Atto n. _____ del _____ Tribunale di _____

ATTUALMENTE IL RICHIEDENTE PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI INSERIMENTO SI TROVA:

AL PROPRIO DOMICILIO PRESSO PROPRI FAMILIARI

ALTRO (specificare): _____

MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:

STATO DI SALUTE

PROBLEMI FAMILIARI (specificare) : _____

SCELTA PERSONALE

ALTRO (specificare): _____

DATI PERSONALI

STATO CIVILE:

SCOLARITA':

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CELIBE/NUBILE | <input type="checkbox"/> ANALFABETA |
| <input type="checkbox"/> CONIUGATO/A | <input type="checkbox"/> LICENZA ELEMENTARE |
| <input type="checkbox"/> SEPARATO/A | <input type="checkbox"/> LICENZA DI SCUOLA MEDIA INFERIORE/AVVIAMENTO |
| <input type="checkbox"/> DIVORZIATO/A | <input type="checkbox"/> SCUOLA PROFESSIONALE |
| <input type="checkbox"/> VEDOVO/A | <input type="checkbox"/> DIPLOMA SCUOLA MEDIA SUPERIORE |
| | <input type="checkbox"/> LAUREA |

PROFESSIONE ESERCITATA NEL PERIODO LAVORATIVO:

non ha mai lavorato

Settore: _____ N. anni _____
Settore: _____ N. anni _____
Settore: _____ N. anni _____

PENSIONE TIPO:

ANZIANITA' – VECCHIAIA (VO)

REVERSIBILITA' (SO)

INVALIDITA' SOCIALE (IO)

ALTRO (indicare il tipo)

NESSUNA PENSIONE

INVALIDITA' CIVILE:

IN CORSO RICONOSCIUTA, AL ____ % DOMANDA NON PRESENTATA

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO:

NON RICONOSCIUTA
 IN ATTESA
 DOMANDA NON PRESENTATA

RICONOSCIUTA: (indicare il tipo)
→ Cieco Assoluto
→ Cieco con residuo visivo
→ Invalidità 100 % con accompagnamento
→ Sordomuto

RICONOSCIMENTO L. 104/92

IN CORSO SI NO DOMANDA NON PRESENTATA

RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI**ABITAZIONE:**

DI PROPRIETA' IN AFFITTO

SITUAZIONE FAMILIARE:

VIVE DA SOLO NON VIVE DA SOLO
DA QUANTO TEMPO? _____ DA QUANTO TEMPO? _____

IL CONIUGE/CONVIVENTE E':

AUTOSUFFICIENTE PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

NUMERO D FIGLI VIVENTI:

MASCHI N. _____ FEMMINE N. _____ NESSUN FIGLIO

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, Via, n. civico)	Telefono	CONVIVENTE?
1					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SERVIZI TERRITORIALI di cui usufruisce:

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE <input type="checkbox"/> PULIZIA CASA <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA <input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA <input type="checkbox"/> PASTO CALDO <input type="checkbox"/> TELESOCCORSO <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____ 	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MEDICO DI BASE CON FREQUENZA: _____ <input type="checkbox"/> GERIATRA <input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA: _____ <input type="checkbox"/> INFERNIERE PROFESSIONALE <input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____
---	---

MEDICO CURANTE:

DR. _____

INDIRIZZO _____ TEL _____

INFORMATIVA EX ART. 13 D.lgs 196/2003

Gentile Signore/a,

il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Desideriamo quindi informarLa che ai sensi dell’art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali. (D.lgs 196/03), per poter accettare la presente domanda di inserimento e dar corso all’ammissione presso i minialloggi protetti è necessario che i soggetti gestori per le quali è presentata la domanda conoscano i dati personali del richiedente l’ammissione e i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso.

I dati personali e relativi allo stato di salute forniti o altrimenti acquisiti, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti, connessi e/o strumentali al procedimento di inserimento formeranno oggetto di trattamento, con l’ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d’ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria; ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza non può prescindere dall’acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l’ammissione ritenuti utili.

Pertanto, in mancanza del conferimento dei dati, la domanda di ammissione non può essere accolta.

I dati acquisiti potranno essere comunicati all’ASL della provincia di Lecco e alla Regione Lombardia per l’assolvimento del debito informativo prescritto dalla normativa regionale in caso di accreditamento e contrattualizzazione del servizio.

Si precisa che Titolare del trattamento è il Legale Rappresentante del soggetto gestore della struttura.

Si ricorda inoltre che Lei potrà in qualunque momento far valere diritti previsti dall’art. 7 D.lgs 196/2003.

D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali – Art. 7 – Diritto di accesso ai dati personali

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

- a. dell'origine dei dati personali;
- b. delle finalità e modalità del trattamento;
- c. della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d. degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
- e. dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato a diritto di ottenere:

- a. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a. per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta;
- b. al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale

Dichiarazione di consenso

Il sottoscritto _____, in relazione alla presente domanda di ammissione nei minialloggi protetti, e previa visione dell'informativa all'utenza sopra esposta, esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi anche allo stato di salute relativi al richiedente il ricovero, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa stessa.

Data, _____

In fede _____

LA RICHESTA VIENE INOLTRATA:

DIRETTAMENTE DELL'INTERESSATO

DA UN PARENTE (specificare)

ALTRO (specificare)

(NOME E COGNOME)

TEL.

Firma _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE IN FOTOCOPIA ALLA DOMANDA:

Carta d'identità

Codice fiscale (se non presente nella Carta Regionale dei Servizi)

Carta Regionale dei Servizi

Tessere di Esenzione

Verbali di Invalidità

Esiti visite o esami ematici e strumentali recenti

NOTIZIE SULLE ABITUDINI DI VITA, UTILI PER L'INGRESSO

VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA

1- Attività quotidiane

	FA DA SOLO	RIESCE CON AIUTO	NON FA NIENTE DA SOLO
CAMMINARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LAVARSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIRSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANGIARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANDARE IN BAGNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.bis. Utilizzo di ausili

Carrozzina	<input type="checkbox"/>	Seggiolone polifunzionale	<input type="checkbox"/>	Deambulatore	<input type="checkbox"/>
Sedia Comoda	<input type="checkbox"/>	Bastone o tripode	<input type="checkbox"/>	Busto o corsetto	<input type="checkbox"/>

2 - Porta il PANNOLONE ?

Se sì, perché ?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si bagna di notte	Si bagna giorno e notte
	Per sicurezza <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si sporca anche di feci ?	Si, sempre <input type="checkbox"/>	Qualche volta <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No, mai <input type="checkbox"/>
Porta il catetere ?	Sì <input type="checkbox"/>			

3 – Comunicazione

Si fa capire bene ?	Si <input type="checkbox"/>	A fatica <input type="checkbox"/>	Per niente <input type="checkbox"/>
Sa dove si trova e chi è ?	Si <input type="checkbox"/>	A fatica <input type="checkbox"/>	Per niente <input type="checkbox"/>
Com'è la memoria ?	Buona <input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/>	Pessima <input type="checkbox"/>
Di che umore è solitamente?	Normale <input type="checkbox"/>	Ansioso/ depresso <input type="checkbox"/>	Non collabora <input type="checkbox"/>
Comportamento	Normale <input type="checkbox"/>	Agitato <input type="checkbox"/>	Aggressivo <input type="checkbox"/>
Cammina senza sapere dove va?		Si <input type="checkbox"/>	Delirio <input type="checkbox"/>
Dorme bene <input type="checkbox"/>	Fa fatica a dormire <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dorme di giorno e non dorme di notte <input type="checkbox"/>

4 - Sensi

Com'è la Vista ?	Buona <input type="checkbox"/>	Ci vede poco <input type="checkbox"/>	Cecità <input type="checkbox"/>
Com'è l' Udito ?	Buono <input type="checkbox"/>	Ci sente poco <input type="checkbox"/>	Sordità <input type="checkbox"/>
Parla Bene ?	Sì <input type="checkbox"/>	Si capisce poco <input type="checkbox"/>	Mutismo <input type="checkbox"/>

5 – E' in cura dallo Psichiatra ?

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si, solo in passato <input type="checkbox"/>
Ha subito ricoveri psichiatrici ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Quante volte?

6- Situazione sociale attuale

La persona si trova:			
<input type="checkbox"/> a casa	<input type="checkbox"/> in ospedale	<input type="checkbox"/> in altra RSA	<input type="checkbox"/> altro
Chi lo aiuta:			
<input type="checkbox"/> nessuno	<input type="checkbox"/> parenti	<input type="checkbox"/> amici	<input type="checkbox"/> badante

7 – Capacità di prendere decisioni o svolgere pratiche autonomamente

<input type="checkbox"/> Indipendente in tutto	<input type="checkbox"/> Si fa aiutare da un familiare	<input type="checkbox"/> Si fa aiutare da amici
<input type="checkbox"/> Si fa assistere da un amministratore di sostegno nominato dal Tribunale	<input type="checkbox"/> E' sostituito da un Tuttore nominato dal Tribunale	

CHI HA COMPILATTO QUESTO FOGLIO:

<input type="checkbox"/> L'interessato	<input type="checkbox"/> Parente/familiare/amico	<input type="checkbox"/> Medico / Infermiera dell'Ospedale
<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale	<input type="checkbox"/> Assistente Sociale	<input type="checkbox"/> Altro

FIRMA **DATA.....**

