

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 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Telefono/cell \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI INSERIMENTO IN**

- Monocale
- 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:**

CELIBE/NUBILE

CONIUGATO/A

SEPARATO/A

DIVORZIATO/A

VEDOVO/A

**SCOLARITA':**

ANALFABETA

LICENZA ELEMENTARE

LICENZA DI SCUOLA MEDIA INFERIORE/AVVIAMENTO

SCUOLA PROFESSIONALE

DIPLOMA SCUOLA MEDIA SUPERIORE

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:**

<b>SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:</b> <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): _____	<b>ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA:</b> <input type="checkbox"/> MEDICO DI BASE CON FREQUENZA: _____ <input type="checkbox"/> GERIATRA <input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA: _____ <input type="checkbox"/> INFERMIERE 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 ha 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

Carta Regionale dei Servizi

Verbali di Invalidità

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

Tessere di Esenzione

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

### 3 - Comunicazione

Si fa capire bene ?	Sì <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"/> Delirio <input type="checkbox"/>
Cammina senza sapere dove va?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dorme bene <input type="checkbox"/>	Fa fatica a dormire <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 Tutore nominato dal Tribunale	

### CHI HA COMPILATO QUESTO FOGLIO:

<input type="checkbox"/> L'interessato	<input type="checkbox"/> Parente/famigliare/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.....

