



## DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO per le Unità di Offerta:

	IL PAESE RITROVATO		CDI – STEFANIA INVERNIZZI
	CDI – IL CILIEGIO		

### **PARTE GENERALE**

#### **Generalità della persona che richiede di essere accolta:**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria \_\_\_\_\_ Tessera esenzione tiket \_\_\_\_\_

Stato civile  Celibe/Nubile  Coniugato/a  Separato/a  Divorziato/a  Vedovo/a

Titolo di studio  Nessuno  Elementare  Media inf./avviamento  Professionale  Media superiore  Laurea

Professione principale prima del pensionamento \_\_\_\_\_

#### **Generalità della persona che si fa garante dell'inserimento**

*Si considera garante la persona o l'ente che, in forza di vincoli personali e/o legali, oppure per scopo istituzionale, o per mera liberalità, anche in assenza di formale espressione di volontà di mandato o rappresentanza o delega da parte dell'ospite, garantisce e/o assume personalmente ed irrevocabilmente tutti gli obblighi (finanziari, morali di "fare o non fare") derivanti dal presente contratto, così come precisati in seguito e fino alla risoluzione dello stesso.*

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel 1. \_\_\_\_\_ Tel 2. \_\_\_\_\_

Grado di parentela/qualifica \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta e di sottoscrivere l'impegno di spesa per il pagamento della retta. Si impegna inoltre a comunicare alla struttura l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.).*

Firma richiedente ..... Data .....

#### **In caso di mia assenza è possibile contattare:**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Tel 1. \_\_\_\_\_ Tel 2. \_\_\_\_\_



**Motivo della richiesta di inserimento**

- Persona non autonoma       Vive solo       Alloggio non idoneo       Sollievo alla famiglia  
 In attesa di ricovero definitivo       Altro (specificare) .....

**Urgenza della richiesta di inserimento**

- estrema       ordinaria

**Problematiche affrontate nell'ultimo anno**

- Decesso di parenti stretti       Malattie di familiari       Peggioramento condizioni fisiche  
 Sfratto o ristrutturazione abitazione       Cambio di residenza       Solitudine

**Figli viventi** n°: ..... di cui: Femmine n° ..... Maschi n° .....

**La persona attualmente vive con:**  Solo       Coniuge       Figli non coniugati       Figli coniugati       Parenti

**La persona attualmente vive presso:**

- Abitazione       propria       di terzi (specificarne la proprietà) \_\_\_\_\_  
Ospedale       (specificare) \_\_\_\_\_  
Istituto di riabilitazione       (specificare) \_\_\_\_\_  
RSA (Casa di riposo)       (specificare) \_\_\_\_\_  
Struttura psichiatrica       (specificare) \_\_\_\_\_  
Altra struttura       (specificare) \_\_\_\_\_  
Altro       (specificare) \_\_\_\_\_

**Se residente in abitazione**

- Piano ..... Ascensore       SI       NO      Barriere architettoniche       SI       NO  
Riscaldamento       SI       NO      Servizi Igienici       Interni       Esterni  
Giudizio complessivo abitazione       idonea       parzialmente idonea       non idonea

**L'anziano usufruisce attualmente di**

- Invalità civile       SI       NO      se si % ..... In attesa       SI       NO  
Assegno di accompagnamento       SI       NO       (ha presentato domanda)  
Assistenza Domiciliare Integrata       SI       NO  
Buono Socio-sanitario       SI       NO       (in lista di attesa per Buono)

**Ha presentato domande in strutture diurne o residenziali per anziani?**

- SI       NO

Se sì, in quali? \_\_\_\_\_

**In relazione alla richiesta di inserimento l'anziano:**

- ha partecipato alla decisione       E' a conoscenza ma non ha partecipato       Non è al corrente o non è in grado

**Utilizzo dei servizi nell'ultimo anno**

- Ricovero ospedaliero       Ricovero RSA       Ricovero riabilitativo       Centro diurno  
 Assistenza domiciliare       Pasti a domicilio       Altro .....

**Protesi ed ausili in uso**

- girello deambulatore       personale       ATS  
 carrozzina       personale       ATS  
 materassino cuscino antidecubito       personale       ATS  
 letto ortopedico       personale       ATS  
 dispositivo incontinenza       personale       ATS  
 altro (specificare).....



## **INFORMAZIONI SULL'AUTONOMIA DELLA PERSONA**

### **ATTIVITÀ DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA (BADL)**

#### **Fare il bagno (vasca, doccia, spugnature)**

- Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo)
- Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. schiena)
- Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo

#### **Vestirsi (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti), inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature o delle bretelle, se utilizzate)**

- Prende i vestiti e si veste completamente da solo senza bisogno di assistenza
- Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe
- Ha bisogno di assistenza per prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito

#### **Toilette (andare nella stanza da bagno per5 la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)**

- Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto, come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino)
- Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda
- Non si reca in bagno per l'evacuazione

#### **Spostarsi**

- Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore)
- Compie questi trasferimenti se aiutato
- Allettato, non esce dal letto

#### **Continenza di feci e urine**

- Controlla completamente feci e urine
- "Incidenti" occasionali
- Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente

#### **Alimentazione**

- Senza assistenza
- Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane
- Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale

### **ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)**

#### **Usare il telefono**

- Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone
- Compone solo alcuni numeri ben conosciuti
- E' in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri
- Non è capace di usare il telefono

#### **Fare la spesa**

- Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi
- E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi
- Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi
- E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi

#### **Preparazione del cibo**

- Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati
- Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti
- Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata
- Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti

#### **Governo della casa**

- Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per esempio aiuto per i lavori pesanti)
- Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia non sufficiente
- Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa
- Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa



**Biancheria**

- Fa il bucato personalmente e completamente
- Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)
- Tutta la biancheria deve essere lavata da altri

**Mezzi di trasporto**

- Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto
- Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici
- Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato
- Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza
- Non si sposta per niente

**Responsabilità nell'uso dei farmaci**

- Prende le medicine che gli sono state prescritte
- Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate
- Non è in grado di prendere le medicine da solo

**Capacità di maneggiare il denaro**

- Maneggia le proprie finanze in modo indipendente
- E' in grado di fare piccoli acquisti
- E' incapace di maneggiare i soldi

**Altre notizie utili: abitudini di vita, abitudini dietetiche...**


Firma del richiedente: ..... Data .....

**Riservato alla Struttura**

Operatore che accoglie la richiesta .....

**Note:**
