

Modulo conferma iscrizione nella Lista di attesa

Il/la sottoscritto/a _____

Residente a _____

Tel/cell _____ e-mail _____

In qualità di:

- Soggetto direttamente interessato Familiare di riferimento _____
 Amministratore di sostegno Tutore Curatore Funzionario del Comune di

Conferma la domanda di ammissione presso la RSA Casa della Divina Provvidenza "Cottolengo" di Cerro Maggiore

Per il/la signor/ra _____

Residente a _____

Tipologia di ricovero richiesto : RSA CDIA Nucleo Alzheimer

La persona sa della richiesta si no

Altro familiare già ospite o per il quale è stata depositata domanda (specificare nominativo e tipologia nucleo richiesto)

1. Motivo della richiesta:

Perdita autosufficienza, non gestibile al domicilio La persona vive sola

Mantenimento/miglioramento delle capacità residue

Problematiche socio-famigliari, specificare motivo:

Trasferimento da altra RSA , specificare motivo:

2. Urgenza del ricovero

Cautelativo in lista d'attesa a scopo preventivo

Ordinaria

Estrema -non differibile

3.La persona attualmente vive

Casa di proprietà Affitto/ALER Mutuo Sistemazione precaria/senza dimora

Presenza barriere architettoniche Interne Esterne Piccole Grandi

Sfratto/sgombro/pericolosità certificata dell'immobile

- In struttura residenziale specificare quale e se inserita in nucleo protetto

4.Se la persona è a casa, quali sono le sue capacità? Fare una crocetta per ogni item

Se in RSA saltare alla domanda 7

Items	Autonomo	Riceve aiuto	Non autonomo
Assistenza familiare			
<i>Preparazione dei pasti</i>			
<i>Pulizia della casa</i>			
<i>Lavanderia , fare il bucato</i>			
<i>Effettuare acquisti</i>			
<i>Uscire e spostarsi con mezzi</i>			
<i>Assunzione di medicinali</i>			
Assistenza tutelare			
<i>Toeletta personale</i>			
<i>Vestirsi</i>			
<i>Uso wc(padella/pannolone)</i>			
<i>Trasferimenti letto-carrozzina</i>			
<i>Doccia/bagno</i>			
<i>Deambulazione</i>			
Sostegno psico -affettivo			
Gestione denaro			
Necessità di supervisione			
<i>Supervisione diurna</i>			
<i>Supervisione notturna</i>			

5.Con chi vive la persona?

A casa sola

Persona sola, senza parenti

Nucleo convivenza

Nome e cognome	Età	Parentela/Professione	Disponibilità assistenza

Ci sono persone non autosufficienti nel nucleo? Persone con problemi di salute, comportamento?
Specificare _____

Non conviventi

Cognome nome	Età	Parentela /Professione	Residenza/Disponibilità assistenza

Ci sono problematiche sociali/sanitarie, di non autosufficienza presenti nel nucleo ? (specificare ad es: presenza di minori, perdita del lavoro)

Ci sono parenti che non si occupano dell'assistenza

Badante Fissa Ore n° ore/die _____

Altro _____

Servizi socio-assistenziali utilizzati: Nessuno

Assistenza domiciliare: ADI SAD RSA aperta

Centro diurno (specificare) _____

6.Nel complesso valuta l'assistenza ed il supporto fornito al domicilio:

Assistenza tutelare (igiene della persona, vestire, mangiare ,imboccare,muovere, spostare ,...)

Adeguata/sufficiente Inadeguata/insufficiente Non del tutto sufficiente/precaria

Assistenza familiare (pulizia della casa, preparazione dei pasti, igiene di indumenti e biancheria, lavanderia)

Adeguata/sufficiente Inadeguata/insufficiente Non del tutto sufficiente/precaria

Supervisione

Adeguata/sufficiente Inadeguata/insufficiente Non del tutto sufficiente/precaria

Sostegno psico-affettivo

Adeguata/sufficiente Inadeguata/insufficiente Non del tutto sufficiente/precaria

Difficoltà che si prospettano nell'immediato o nel prossimo futuro nel proseguo dell'assistenza al domicilio

7.Situazione economica della persona

Nessuna pensione Anzianità/vecchiaia (VO) Sociale(PS) Reversibilità(SO)

Speciale (guerra/infortunio lavoro...) _____

Invalidità (IO)

Altro _____

Invalidità civile Si No Richiesta Punteggio _____%

Indennità accompagnamento Si No Richiesta

Importo mensile su cui la persona può contare € _____

Aiuti economici da parte di familiari Si No da Enti Si No

8. La persona ha la capacità d'agire ?

Si No

DECRETO di: Inabilitazione Interdizione Amministrazione sostegno

N° _____ del Tribunale di _____

Nominativo e riferimenti dell' amministratore/tutore/curatore:

Data _____ Firma _____

Lo scrivente dichiara che le **condizioni di salute** ed autosufficienza sono rimaste sostanzialmente invariate da quanto già precedentemente prodotto

Si allegano certificazioni relativa alle variazioni intervenute ad integrazioni alla scheda di valutazione medica già a suo tempo presentata

Lo scrivente dichiara che le condizioni della persona si sono modificate come segue:

Data _____ Firma _____