

“VILLA SERENA”
MODULO PER INSERIMENTO
ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI – “LA CORTE”

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

- Monolocale
- Monolocale ad uso doppio:
 - condiviso/da condividere con coniuge
 - condiviso/da condividere con altro ospite

TEMPORANEO dal _____ al _____

DEFINITIVO

EVENTUALE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

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 _____

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 RICONOSCIUTA: (indicare il tipo)

- IN ATTESA Cieco Assoluto
- DOMANDA NON PRESENTATA 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 AUTOSUFF. 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: <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: <input type="checkbox"/> MECICO 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 _____

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:	
<input type="checkbox"/> Carta d'identità	<input type="checkbox"/> Codice fiscale (se non presente nella Carta Regionale dei Servizi)
<input type="checkbox"/> Carta Regionale dei Servizi	<input type="checkbox"/> Tessere di Esenzione
<input type="checkbox"/> Verbali di Invalidità	<input type="checkbox"/> Esiti visite o esami ematici e strumentali recenti