Al Signor Sindaco/Presidente Residenza Protetta
del Comune di USSITA

Alla Segreteria delle Cure Domiciliari
Via del Glorioso, 8
62027 – SAN SEVERINO MARCHE
Fax 0733/642265

__L__ sottoscritt__ _____ nat__ a _____ il _____ residente a _____ in via _____ n. _____ telefono _____

in qualità di:

- ❑ Persona anziana richiedente l'ingresso in struttura residenziale
- ❑ Familiare dell'anziano

PRESENTA DOMANDA DI INSERIMENTO IN CASA DI RIPOSO-RESIDENZA PROTETTA

1. Presso la struttura di _____
2. Presso una qualsiasi struttura del distretto (in caso di rinuncia sceglie di rimanere in graduatoria unicamente per la struttura di _____)

per il Sig./la Sig.ra _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

in via _____ n. _____ telefono _____

Si impegna al pagamento della retta giornaliera di ricovero.

Distinti saluti.

_____, lì _____

Firma

_____

Allegati:

- Domanda di attivazione al sistema delle cure domiciliari redatta dal MMG;
- Dichiarazione sostituiva dell'atto di notorietà attestante la situazione socio-economica della persona anziana che richiede l'ingresso in struttura;
- Certificazione ISEE del nucleo familiare della persona anziana;
- Copia di documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a .....,

il..... con residenza anagrafica nel Comune di .....

Via ....., n.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

in qualità di:

- ☐ Persona anziana richiedente l'ingresso in struttura residenziale
- ☐ Familiare dell'anziano

DICHIARA

Per il Sig./la Sig.ra _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

in via _____ n. _____ telefono _____

A. SITUAZIONE FAMILIARE E DI INTEGRAZIONE SOCIALE

1. Vive solo/a ☐ con il coniuge ☐ con i figli ☐ con altri ☐

2. RAPPORTI CON I FAMILIARI:

GRADO DI PARENTELA	Quotidiani	Frequenti	Saltuari	Inesistenti

3. RAPPORTI CON AMICI E VICINATO:

ottimi ☐ buoni ☐ sufficienti ☐ carenti ☐ conflittuali ☐

4. COME TRASCORRE LA GIORNATA (attività prevalenti):

TV ☐ piccole occupazioni familiari ☐ hobbies ☐ cinema o teatro ☐ circoli o bar ☐

Parrocchia ☐ lavori domestici ☐ letto/poltrona ☐ altro ☐

spazio riservato all'ufficio

B. SITUAZIONE ASSISTENZIALE

1. TIPO DI SOSTEGNO IN ATTO

DA PARTE DI (indicare il soggetto che eroga l'intervento assistenziale: familiari, comune, ASUR, volontariato, assistente privato, ecc.)	TIPOLOGIA	FREQUENZA

2. SE HA BISOGNO DI AIUTO PUO' RICORRERE A:

coniuge ☐ parenti ☐ vicini/amici ☐ figli ☐ volontariato ☐ personale retribuito ☐

3. BISOGNI SOCIOASSISTENZIALI:

assistenza domiciliare domestica (SAD) ☐ soluzione abitativa ☐ pasti a domicilio ☐
contributo economico ☐ servizio lavanderia ☐ segretariato sociale ☐ telecontrollo ☐
compagnia ☐ mensa ☐ altro (*specificare*) ☐ .....

4. SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

assistenza domiciliare domestica (SAD) ☐ assistenza domiciliare integrata (ADI) ☐
servizio di trasporto facilitato anziani (taxi sociale) ☐ assegno di cura ☐
altro (*specificare*) ☐ .....

pazio riservato all'ufficio

C. SITUAZIONE ABITATIVA

1. TITOLO DI GODIMENTO DELL'ABITAZIONE:
   proprietà ☐ affitto ☐ *canone mensile €* ..... altro (*specificare*) ☐ .....

2. LOCALIZZAZIONE:
   casa isolata ☐ gruppo di case ☐ centro storico ☐ periferia ☐ frazione ☐

3. SERVIZI DI TRASPORTO:
   sufficienti ☐ insufficienti ☐
   accessibili ☐ non accessibili ☐

4. PIANO DELL'ABITAZIONE:
   terra ☐ 1° ☐ 2° ☐ 3° ☐ 4° ☐ 5° ☐ superiore al 5° ☐

5. Ascensore sì ☐ no ☐

6. Ha una stanza propria sì ☐ no ☐

7. Riscaldamento: termosifoni ☐ stufe ☐ altro ☐ no ☐

8. Servizi igienici:
   interni con bagno o doccia ☐ interni senza bagno o doccia ☐ esterni ☐

9. Telefono: sì ☐ no ☐

10. Barriere architettoniche:
    INTERNE sì ☐ no ☐
    ESTERNE sì ☐ no ☐

spazio riservato all'ufficio

D. SITUAZIONE ECONOMICA

1. Indicatore Situazione Economica Equivalente (ISEE) riferita all'ultima dichiarazione dei redditi presentata: € .....

2. Percepisce indennità di accompagnamento: sì ☐ no ☐

Letto, confermato e sottoscritto.

IL/LA DICHIARANTE

..... lì, ...

.....

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è

☐ sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto *oppure*

☐ sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Dichiaro altresì di essere informato, giusta art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Spazio riservato all'ufficio

Attivazione sistema delle cure domiciliari

D.G.R. n°606 del 20.03.2001

Segnalazione / proposta di attivazione da parte del Medico di Medicina Generale

Al Direttore del Distretto

_____

Si prega di scrivere in stampatello maiuscolo

SEZIONE A – DATI ANAGRAFICI -

M F COGNOME	NOME	SESSO
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	CODICE SANITARIO
COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N° CIVICO
PERSONA DI RIFERIMENTO	N° TELE.F PERSONA DI RIFERIMENTO	N° TELEF. ASSISTITO

Necessita di ☐ Assistenza Domiciliare Integrata ☐ Assistenza Infermieristica Domiciliare

☐ Assistenza Domiciliare Programmata ☐ .....

SEZIONE B - AUTOSUFFICIENZA A.D.I. -

☐ persona non autosufficiente	☐ temporaneamente	Punteggio scale V.M.D.	
☐ persona parzialmente autosufficiente		ADL	
☐ persona con limitazione lieve dell'autosufficienza	☐ permanentemente	IADL	
☐ persona autosufficiente, ma in situaz. di rischio socio-sanitario		altre	

SEZIONE C - IMPOSSIBILITÀ A DEAMBULARE (ADP; ASSIS. INFERMIER. DOM) – PATOLOGIE (ADI;ADP)

☐	Impossibilità permanente a deambulare	Gruppi patologie
☐	Impossibilità ad essere traspor. in ambulat. con mezzi comuni a causa di: ☐ non autosufficienza ☐ abitaz, in piano alto e senza ascensore ☐ altro (specificare):	☐ Malatt. del sist,cardiovascolare ☐ Malatt. del sist,respiratorio ☐ Malatt. neoplastiche
☐	Impossibilità a deambulare per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale, che al quadro clinico (specificare):	☐ Malatt. neurologiche/demenze ☐ Malatt. del sist, musc. schelet. ☐ Altre malattie

SEZIONE D - PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

D.1 Diagnosi e problemi sanitari attivi	....		
D.2 Problemi socio-assistenziali	☐ Legati a carichi assistenziali	☐ Legati a risorse socio-assistenziali	☐ Legati a risorse economiche
D.3 Sintesi dei problemi sanitari e socio-assistenziali	....		

SEZIONE E - PRESTAZIONI SANITARIE

	Data inizio			Durata presunta	
	gg	m	a	gg	m
☐ Assistenza medico generica					
☐ Assistenza infermieristica domiciliare (specificare):					
☐ Visita medico-specialistica (specificare):					
☐ Ass.riab. e di recup. funz. a domicilio					
☐ Servizio di telesoccorso-telecontrollo					
☐ Fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari					
☐ Ass. OSA per:					

SEZIONE F - SOCIO-ASSISTENZIALI

	Data inizio			Durata presunta	
	gg	m	a	gg	m
☐ Assistenza domestica (S.A.D.)					
☐ Assistenza abitativa (compresa quella rivolta alla eliminazione delle barriere architettoniche)					
☐ Assistenza sociale e segretariato sociale					
☐ Assistenza economica					
☐ Altro (specificare):					

Ritengo necessario recarmi a visitarlo al Suo domicilio con cadenza:

SEZIONE G – CADENZA DEGLI ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

☐ ogni.....gg	☐ Settimanale	☐ Quindicinale	☐ Mensile
Successive eventuali variazioni			
☐ ogni.....gg	☐ Settimanale	☐ Quindicinale	☐ Mensile	Data
☐ ogni.....gg	☐ Settimanale	☐ Quindicinale	☐ Mensile	Data

Data	Timbro codice regionale e firma del Medico

Presentata al Distretto il..... **Approvata il**.....	Timbro e firma del coordinsatore dellU.V.D.