

LISTA D'ATTESA UNICA RSA

RICHIESTA DI ISCRIZIONE DEL

Cognome Nome Sesso M F

Nato a il

Codice fiscale |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

Cittadinanza Figli n°..... M n°..... F

Stato civile CELIBE/NUBILE CONIUGATO/A con

UNITO/A CIVILMENTE con

SEPARATO/A DIVORZIATO/A

VEDOVO/A di

Residente a CAP

in Via n.

Vive con: coniuge/convivente coniuge/figli figli parenti badante solo/a altro

Attuale collocazione

Titolo di studio Precedente occupazione

È seguito dal Servizio Sociale del Comune? NO SI

Se SI indicare di quale servizio usufruisce

Cognome e Nome Assistente Sociale Tel.

ASST di Residenza Tessera Sanitaria N.: |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Medico curante telefono

Usfruisce del servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)? SI NO

Usfruisce di altri servizi? SI NO

Se SI quali?

Possiede una certificazione di Invalidità? NO SI **Se SI, allegare copia del verbale di invalidità**

in corso di ottenimento (data di presentazione della domanda))

Se SI indicare la percentuale di invalidità riconosciuta%

civile (data.....) di guerra (data.....) del lavoro (data.....)

Percepisce l'assegno di accompagnamento? SI NO NO, domanda presentata in data

Percepisce una pensione? nessuna anzianità/vecchiaia minima/sociale reversibilità

altro Importo netto complessivo mensile circa €

PARENTI E PERSONE DI RIFERIMENTO

*	Grado di parentela	Cognome e nome	Via, numero civico, CAP, città	Telefono	e-mail
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

* **Barrare la persona a cui fare riferimento di preferenza per la presente pratica**

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Amministratore di Sostegno: SI NO Presentata Istanza di Nomina in Tribunale in data

Se SI, Cognome e Nome

Tel. e-mail

Decreto Giudice Tutelare (consegnato ai nostri uffici in data

CONDIZIONE ABITATIVA DELL'UTENTE

Piano Ascensore SI NO

Barriere architettoniche SI NO Servizi igienici SI NO

Abitazione proprietà uso gratuito affitto

Riscaldamento centralizzato autonomo mancante

Punteggio Sociale per Lista Attesa RSA (da compilare al momento della consegna)

	problematico			Non rilevato
	no	si	gravemente	
Isolamento abitazione (lontano dai servizi principali difficilmente raggiungibile con trasporti pubblici)	0	1	2	
Stato di manutenzione dell'abitazione	0	2	4	
Igienicità dell'alloggio	0	2	4	
Riscaldamento	0	2	4	
Servizi igienici	0	2	4	
Barriere architettoniche	0	2	4	
Situazione economica	0	2	4	
Gestione alimentare	0	2	4	
Gestione della vita quotidiana	0	3	6	
Relazione / socializzazione	0	2	4	
Quantità del supporto familiare - parentale	0	2	4	
Qualità del supporto familiare - parentale	0	3	6	

LA PRESENTE RICHIESTA VIENE EFFETTUATA PER LE SEGUENTI RSA

INDICARE CON "1" LA RSA DI PREFERENZA
(Struttura a cui fare riferimento per ogni successivo aggiornamento):

FONDAZIONE BRESCIA SOLIDALE ONLUS

- R.S.A. ARICI SEGA** Via Lucio Fiorentini, 19/b - 25134 Brescia
 R.S.A. VILLA ELISA Via San Polo, 2 - 25124 Brescia
 NUCLEO ALZHEIMER solo presso RSA Arici Sega
 POSTI SOLVENTI (costo a completo carico dell'utente)

FONDAZIONE CASA DI DIO ONLUS

- R.S.A. CASA DI DIO** Via Vitt.Emanuele II, 7 - 25122 Brescia
 R.S.A. LA RESIDENZA Via dei Mille, 41 - 25121 Brescia
 R.S.A. A. LUZZAGO Via della Lama, 67 - 25133 Brescia
 R.S.A. L. FEROLDI Via della Lama, 73 - 25133 Brescia
- POSTI SOLVENTI** (costo a completo carico dell'utente)
 POSTI SOLLIEVO (costo completo carico dell'utente - max 3 mesi)
 NUCLEO ALZHEIMER solo presso RSA L. Feroldi

FONDAZIONE CASA DI INDUSTRIA ONLUS

- R.S.A. CASA INDUSTRIA** Via Veronica Gambara, 6 - 25121 Brescia
 NUCLEO ALZHEIMER Via Veronica Gambara, 6 - 25121 Brescia
 NUCLEO DEMENZE LIEVI Via Veronica Gambara, 6 - 25121 Brescia

ISTITUTO FIGLIE SAN CAMILLO

- R.S.A. SAN GIUSEPPE**
Via Milano, 69 - 25126 Brescia
(solo donne)

FONDAZIONE PAOLA DI ROSA

- R.S.A. VILLA SALUTE** Via Ottaviano Montini n. 37 - 25133 Brescia (solo donne)
 R.S.A. MONS. PINZONI Via Ottaviano Montini n. 37 - 25133 Brescia
 POSTI SOLVENTI (costo a completo carico dell'utente)

ALLA PRESENTE DOMANDA SI DEVE OBBLIGATORIAMENTE ALLEGARE:

- Fotocopia leggibile fronte retro di un documento identità dell'utente in corso di validità
- Fotocopia leggibile fronte retro della tessera sanitaria
- Fotocopia dell'eventuale verbale di invalidità
- Certificazione sanitaria su modulo allegato
- Fotocopia dell'eventuale Decreto di Nomina dell'Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore

Consenso al trattamento dati

Il/la sottoscritto/a, nato/a a, il.....dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 e di avere preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. medesimo "Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti", ed esprime il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa con riferimento anche all'utilizzo e gestione dei dati della persona per cui si chiede l'inserimento nella lista unica RSA.

Data

Firma di chi presenta la domanda

.....

N.B. Il presente modulo deve essere compilato in tutti i suoi campi