

**AMBITO TERRITORIALE VALLE SERIANA**  
**SERVIZIO ANZIANI**  
**MODULO DI RICHIESTA PER L'ACCESSO AI SERVIZI (A)**  
**COMUNE DI \_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a ..... nat\_ a ..... prov. .... il ...../...../.....  
 residente a ..... Prov. .... c.a.p ..... in Via .....  
 N° ..... tel. .... Stato civile .....

---

Tessera sanitaria ..... Codice fiscale .....

---

Tipo di pensione ..... Invalidità civile % ..... Legge 104/92  si  no

---

Indennità di accompagnamento  si  no  pratica in corso

---

Grado d'istruzione ..... professione svolta .....

---

Attuale collocazione:  a casa propria  in ospedale  altra struttura  
 presso un familiare residente a ..... Via ..... n. .... Tel. ....

**Richiesta di:**

- BUONO SOCIALE ANNO 200\_\_  
 (Allegati: Certificazione ISEE - Copia verbale invalid. civile)
- Voucher sociale ANNO 200\_\_
- Servizio di Assistenza Domiciliare
- Servizio trasporto
- Servizio pasti
- Servizio Telesoccorso
- Centro diurno integrato sede di \_\_\_\_\_
- Inserimento temporaneo in R.S.A. per:  
 Sollievo  Pronto intervento
- Inserimento in R.S.A. di:

**(specificare l'ordine di preferenza contrassegnando le sedi con i numeri da 1 a 8)**

_ Albino	_ Gandino	_ Leffe
_ Alzano L.do	_ Gazzaniga	_ Nembro
_ Casnigo		_ Vertova

- **RESIDENTE DOC** (come da regolamento della RSA scelta prioritariamente e ubicata nel comune di residenza del richiedente) **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

- Altro servizio (specificare): \_\_\_\_\_

Familiare o persona di riferimento:

Cognome e nome .....	grado di parentela .....
nato/a ..... il .../.../.....	residente a ..... prov. ....
in Via ..... n° .... c.a.p. ....	telefono .....

Cognome e nome .....	grado di parentela .....
nato/a ..... il .../.../.....	residente a ..... prov. ....
in Via ..... n° .... c.a.p. ....	telefono .....

**Ai sensi del decreto legislativo n:196/03 "Codice della privacy" si autorizza il trattamento dei dati personali.**

Luogo e data

FIRMA  
(dell'interessato)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assistente Sociale \_\_\_\_\_

**Per i richiedenti impossibilitati alla firma**

La su estesa dichiarazione è stata resa dal Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, impossibilitato alla sottoscrizione (D.P.R. n.445 del 28/12/2000, art.4), in presenza del funzionario incaricato previo accertamento dell'identità mediante conoscenza diretta o esibizione del documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il funzionario incaricato  
(qualifica e firma leggibili)

\_\_\_\_\_



**REATTIVITA' EMOTIVA**

- Collaborante
- Estraniato/a dal mondo circostante
- depressione
- Stato ansioso
- Agitazione con spunti aggressivi
- .....

**ALIMENTAZIONE**

- Autonoma
- Con necessità di piccolo aiuto
- Necessità di imboccamento
- Alimentazione artificiale (PEG)
- altro.....

**STATO METABOLICO NUTRIZIONALE**

- Soddisfacente
- Carente apporto nutrizionale
- In equilibrio farmacologico
- Scompensato

**NECESSITA' DI DIETE PARTICOLARI**

.....  
.....

**ALLERGIE O INTOLLERANZA VERSO I SEGUENTI PRODOTTI**

.....  
.....

**INCONTINENZA**

- URINARIA**       Assente       Occasionale       Abituale       Catetere
- FECAL**       Assente       Occasionale       Abituale

**DEAMBULAZIONE**

- Cammina da solo/a
- Cammina con l'aiuto di.....
- Si sposta in carrozzella
- Allettato
- Altro .....

**PIAGHE DA DECUBITO**

- Assenti     Iniziali     Gravi     Multiple     Altro .....
- Localizzazione .....

**E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE IN ATTO E PUO' VIVERE IN COMUNITA'?**

- SI
- NO (specificare).....

**INTOLLERANZA AI SEGUENTI FARMACI**

.....  
.....  
.....

**TERAPIA IN ATTO**

.....  
.....  
.....

**PROPOSTA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO** (Valenza sanitaria dell’inserimento con riferimento all’autonomia reale o potenzialmente recuperabile del soggetto)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Eventuali indicazioni del Medico curante in ordine alla struttura del ricovero (con particolare riferimento alla possibilità di rientrare a domicilio)

.....  
.....  
.....

**NOTE AGGIUNTIVE**

.....  
.....

**Data**

**Timbro e firma del medico**

.....

.....

**Si chiede cortesemente di allegare alla presente scheda sanitaria**

**Gli ultimi esami ematochimici e indagini strumentali oltre a eventuali documentazioni cliniche relative alla patologia di cui l’anziano è affetto.**

**L’Ente si riserva la facoltà di dimettere l’ospite qualora i certificati medici prodotti a corredo della domanda o la scheda sanitaria abbiano taciuto l’esistenza di rilevanti malattie o infezioni dello stesso.**

<b>AMBITO TERRITORIALE VALLE SERIANA</b>
--

<b>AREA ANZIANI</b>
---------------------

<b><u>RICOVERO DEFINITIVO IN RSA - SOSIA</u></b> <b>COMUNE DI _____</b>
--

(Modello da trasmettere al Servizio CUP distrettuale)

**Proposta di inserimento a favore del/la Sig./Sig.ra:**

R.S.A. DI _____ <b>Allegare: 1 copia della domanda 2 scheda sociale 3 scheda sanitaria</b>
---

Settore	Condizioni specifiche	Punteggio
<b>Personale Assistenziale</b>	1. pericolosità per sé e per gli altri 2. dipendenza da alcool o da altre sostanze 3. vive solo o con familiare convivente che presenta problematiche sociali o sanitarie 4. non ha rete informale 5. grave emarginazione sociale 6. impossibile intervento sociale	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <b>Tot. _____</b>
<b>Familiare</b>	1. mancanza della rete familiare 2. non disponibilità, impossibilità e/o inadeguatezza della rete familiare	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <b>Tot. _____</b>
<b>Abitativo</b>	inadeguatezza rispetto ai bisogni dell'interessato e relativi a : 1. spazio insufficiente per assisterlo 2. mancanza di servizi di base 3. presenza di barriere architettoniche interne/esterne 4. localizzazione dell'abitazione	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <b>Tot. _____</b>

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'**ASSISTENTE****SOCIALE** \_\_\_\_\_**SOSIA SOCIALE** Punteggio assegnato \_\_\_\_\_ (a cura dell'operatore CUP)**SCHEDA SOSIA CATEGORIA ASSEGNATA** N° \_\_\_\_\_ Punteggio \_\_\_\_\_ (a cura del CUP)

Data visita \_\_\_\_\_

c/o RSA di \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MEDICO della RSA** \_\_\_\_\_