



Azienda di Servizi alla Persona (A.S.P.)  
**“GOLGI – REDAELLI”**

ISTITUTO GERIATRICO “P. REDAELLI”  
Via Bartolomeo d’Alviano, 78 – 20146 Milano  
tel. 02.413151, 0241315264 (accettazione) fax 02.41315299-024120871

## **DOMANDA DI RICOVERO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE**

**Data di presentazione / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / N° di registrazione \_\_\_\_\_**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ M F

Residenza \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Con oneri a carico P C FB

Firma dell’Operatore  
\_\_\_\_\_

### **⇒ Esito della domanda**

**Idonea RSA; Probabile classe SOSIA \_\_\_/**

**Idonea NARSA**

**Idonea con priorità**

**Non Idonea**

### **⇒ Esito della procedura**

**Sospensione in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Riattivazione in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**Archiviazione in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ per**

**Decesso Rinuncia per \_\_\_\_\_**

**decorrenza dei termini**

**Ricovero in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Presso il Reparto \_\_\_\_\_**

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Codice Sanitario \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

E' titolare del Buono Socio-Sanitario NO SI

**Attualmente si trova:**

al proprio domicilio presso i propri familiari

in Ospedale (indicare quale) \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_

in Struttura Riabilitativa (indicare quale) \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_

in Struttura protetta (indicare quale) \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_

Da quanto tempo \_\_\_\_\_ motivi della richiesta di trasferimento \_\_\_\_\_

## Questionario sulle risorse Sociali ed Economiche

(Il questionario può essere compilato dall'interessato, dai familiari oppure dal Servizio Sociale del Comune di residenza)

STATO CIVILE	SCOLARITA'	PROFESSIONE PRECEDENTE
Celibe/Nubile	Analfabeta	Operaio
Coniugato	Licenza Elementare	Contadino
Vedovo	Media Inferiore	Impiegato
Separato	Media Superiore	Professionista
Divorziato	Università	Casalinga
Convivente	Altro	Libero Professionista
Altro		Altro

### RISORSE ECONOMICHE

| **Pensione** | VO Vecchiaia | SO reversibilità | IO Invalidità

| Sociale | Stato | Invalidità civile | Altro

| Lavoro dipendente | Lavoro autonomo | Rendita Immobiliare

**Invalidità civile:** In corso Accertata, di grado \_\_\_\_\_ % Domanda non presentata

**Indennità di accompagnamento:** In accertamento Erogata In attesa Rifiutata

**Possiede ausili e/o presidi:** NO SI, quali?

| Carrozzina | Materasso antidecubito | Sollevatore | Altro

## ABITAZIONE

| Affitto | Proprietà | Altro \_\_\_\_\_ | Piano terra | Piano sup, quale \_\_\_\_\_

**Barriere architettoniche interne:** NO, SI, quali \_\_\_\_\_

**Barriere architettoniche esterne:** NO, SI, quali \_\_\_\_\_

Ascensore: NO, SI; Idoneo all'uso: NO, SI. Servizi igienici: adeguati, non adeguati

## SITUAZIONE FAMILIARE

Vive solo

Si, da quanto tempo \_\_\_\_\_ No, persona convivente \_\_\_\_\_

Il Coniuge/Convivente è: Autosufficiente; Parzialmente Autosufficiente; Non Autosufficiente

## DATI ANAGRAFICI DEL CONIUGE O DI ALTRI CONVIVENTI

1) Nome e cognome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Tel. Ufficio \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

2) Nome e cognome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Tel. Ufficio \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

## DATI ANAGRAFICI DI PARENTI NON CONVIVENTI O DI CONOSCENTI

1) Nome e cognome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. Ufficio \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

2) Nome e cognome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. Ufficio \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

## Rete sociale

**Con quale frequenza attualmente incontra i familiari, gli amici, i parenti, etc**

(barrare la risposta)	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni tanto	Mai
<b>Familiari</b>				
<b>Amici / vicini di casa</b>				
<b>Volontari</b>				
<b>Servizi Sociali</b>				
<b>Servizi infermieristici e sanitari</b>				



**La domanda di ricovero in RSA sarà corredata da:**

**1 Contratto privato sottoscritto da:**

(Nome e cognome)

(Grado di parentela o altro)

1)

2)

3)

4)

5)

Gli impegnatari dichiarano di essere a conoscenza delle rette e delle garanzie reddituali riportate nella nota informativa e presentano la domanda per:

**2 Fidejussione bancaria**

Presso la Banca \_\_\_\_\_

L'Ufficio Accettazione fornirà il testo predisposto dall'Azienda

**3 Impegnativa Comunale di ricovero. Comune \_\_\_\_\_**

richiesta da inoltrare

richiesta inoltrata il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

già in possesso dell'impegnativa comunale, rilasciata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

# VALUTAZIONE DELL'EQUIPE MULTIDIMENSIONALE

richiesta di ulteriori approfondimenti

richiesta di visita di preaccettazione

Motivazione

---

---

---

---

---

Esito dell'approfondimento

---

---

---

---

---

## Esito della domanda

**Idonea RSA. Probabile classe SOSIA** \_\_\_\_/

**Idonea NARSA**

**Idonea con priorità**

**Sospesa per** \_\_\_\_\_

**Non idonea per le seguenti motivazioni** \_\_\_\_\_

---

---

**Data :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**Componente Sanitaria** \_\_\_\_\_

**Componente Sociale** \_\_\_\_\_