

N.° PROT. RICHIESTA di AMMISSIONE \_\_\_\_\_

Data di presentazione della RICHIESTA di AMMISSIONE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Richiesta di ammissione in: RSA Isabella d'Este                      RSA Luigi Bianchi                      CDI A. Bertolini

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ ATS di residenza \_\_\_\_\_

Scolarità: nessuna                      elementari                      medie inferiori                      medie superiori                      università

Professione svolta: \_\_\_\_\_

Stato civile: celibe/nubile      coniugato/a      separato/a      divorziato/a      vedovo/a      non dichiarato

Numero figli maschi: \_\_\_\_\_ Numero figlie femmine: \_\_\_\_\_

Religione: nessuna      cattolica      ebraica      musulmana      altra: \_\_\_\_\_

Documento d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_

Il giorno \_\_\_\_\_ con scadenza al \_\_\_\_\_

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

Tessera sanitaria n. \_\_\_\_\_

Tipo della domanda: Nuova domanda                      Domanda presentata in precedenza

Motivo della domanda: Dato non rilevato      Ha perso l'autonomia fisica/psichica  
La famiglia non è in grado di provvedere      Vive solo/a  
L'alloggio è inadatto      Altro \_\_\_\_\_

Iniziativa della domanda: Dato non rilevato      Soggetto stesso  
Familiare o affine      Assistente sociale o altri servizi  
Medico      ADS/Tutore      Altro \_\_\_\_\_

Tipologia Assistenziale: Ricovero tempo indeterminato (ordinario)  
Ricovero temporaneo (di sollievo)

Opzione posto a pagamento: Si                      No

Soggetto con buono socio-sanitario: Dato non rilevato      Si                      In lista di attesa                      No

Soggetto con assegno di accompagnamento: Dato non rilevato      Si                      Domanda presentata                      No

Soggetto in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata): Dato non rilevato      Si                      No

**Provenienza Ospite:** Soggetto che accede direttamente alla struttura dal domicilio  
 Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica  
 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) accreditata  
 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) non accreditata  
 Soggetto in dimissione da Istituto di Riabilitazione  
 Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia di servizio (CDD - SFA - Pronto Intervento - Istituto a pagamento - Ricovero di sollievo)  
 Soggetto in dimissione da altra struttura (CSS - RSD - Istituto a pagamento - Pronto Intervento - Ricovero di sollievo)  
 Altro \_\_\_\_\_

**Onere della retta:** SSR (a totale carico del Servizio Sanitario Regionale - dimessi da Ospedali Psichiatrici).  
 Totalmente a carico dell'utente.  
 Differenza a carico del Comune di appartenenza dell'utente.  
 Differenza a carico della famiglia.

### Familiari/ADS di riferimento:

<b>Nome e cognome e grado di parentela:</b>	<b>Cellulare:</b>	<b>Telefono fisso:</b>
<b>Nome e cognome e grado di parentela:</b>	<b>Cellulare:</b>	<b>Telefono fisso:</b>
<b>Nome e cognome e grado di parentela:</b>	<b>Cellulare:</b>	<b>Telefono fisso:</b>

FIRMA

---