

N.° PROT. RICHIESTA di AMMISSIONE _____

Data di presentazione della RICHIESTA di AMMISSIONE ____/____/____

Nome..... Cognome.....Sesso M F

Cognome Marito..... eventuale soprannome

Nato/a a Prov..... il ____/____/____

Residente.....Prov..... Via.....

Cittadinanza..... ATS di residenza

Scolarità: nessuna elementari medie inferiori medie superiori università

Professione svolta:

Stato civile: 1 celibe/nubile 2 coniugato/a 3 separato/a 4 divorziato/a
5 vedovo/a 6 non dichiarato

Numero figli maschi: Numero figlie femmine:

Religione: nessuna - professa la religione: cattolica ebraica musulmana
protestante testimone di Geova altra

Codice FiscaleCodice tessera Sanitaria.....

Tipo della domanda: 1 Nuova domanda 2 Domanda presentata in precedenza
3 Inserimento avvenuto 4 Rinuncia temporanea
5 Rinuncia definitiva 6 Decesso

Motivo della domanda: 0 Dato non rilevato 1 Ha perso l'autonomia fisica/psichica
2 La famiglia non è in grado di provvedere 3 Vive solo
4 L'alloggio è inadatto 9 Altro

Iniziativa della domanda: 0 Dato non rilevato 1 Soggetto stesso
2 Familiare o affine 3 Assistente sociale o altri servizi
4 Medico 5 Tutore 9 Altro

Tipologia Assistenziale: 1 Ricovero tempo indeterminato (ordinario)
2 Ingresso di emergenza

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

Soggetto in servizi per disabili: Dato non rilevato Si No

Se sì, specificare: CDD SFA Altro.....

Provenienza Ospite:	1 Soggetto che accede direttamente alla struttura dal domicilio 2 Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica 3 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) accreditata 4 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) non accreditata 5 Soggetto in dimissione da Istituto di Riabilitazione 6 Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia di servizio (CDD - SFA - Pronto Intervento - Istituto a pagamento - Ricovero di sollievo) 7 Soggetto in dimissione da altra struttura (CSS - RSD - Istituto a pagamento - Pronto Intervento – Ricovero di sollievo) 8 Altro
Onere della retta:	1 SSR (a totale carico del Servizio Sanitario Regionale – dimessi da Ospedali Psichiatrici). 2 Differenza a carico del comune. 3 Differenza a carico dell'ospite. 4 Differenza sia a carico del comune che dell'ospite. 5 A totale carico dell'ospite. 6 Differenza a carico di altri Enti.

Persone/Parenti di riferimento:

Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.

FIRMA
