

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano.

L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

in qualità di AdS Tutore Altro, specificare _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: _____

E-mail: _____@_____

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico
1)		
2)		

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Documento di identità n. _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Assistito _____ Codice Esenzione _____

Medico curante (Nome e recapito telefonico) _____

Residente in _____ CAP _____
Via / Corso _____ Recapito telefonico _____

Domicilio se diverso dalla residenza: _____

ATS di appartenenza _____ Cittadinanza _____

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

RICHIESTE INSERIMENTO PRESSO LA RSA

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)

Firma della persona o del richiedente _____ data _____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

- Condizioni abitative non idonee
 - Vive solo/sola
 - Perdita autonomia
 - Quadro clinico compromesso
 - Mantenimento/miglioramento capacità residue
 - Rischio permanenza al domicilio
 - Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)
- _____

PROVENIENZA

- Domicilio
 - Istituto di ricovero per acuti (ospedale)
 - Struttura psichiatrica
 - Istituto di riabilitazione
 - Altra RSA
 - Altro: _____
- _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO

- Tempo determinato
- Lungodegenza

Nucleo Alzheimer SI NO

CONVENZIONE

- NO
 - SI, con il seguente ente: _____
- _____

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO

SI NO, motivazione: _____
note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA

Con chi vive:

- Solo
 - Coniuge
 - Figli
 - Altri parenti: _____
 - Assistente familiare (ore/die)
- _____

Altro: _____

Dove vive:

- Abitazione adeguata
- Abitazione parzialmente adeguata
- Abitazione totalmente inadeguata

Perché _____

- Casa di proprietà
- Affitto
- Casa ALER
- Usufrutto
- Altro: _____

TUTELA

NO SI:

- Amministrazione di sostegno / Tutela
 - In corso
 - Numero decreto: _____
- Altro: _____

Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...):

Qualifica:

- Familiare: _____
 - Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.): _____
- _____

Recapiti:

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

 SI

 NO

SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Altro: _____

- Fratelli (N:)
- Sorelle (N:)

- Figli (N:)
- Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infortunio sul lavoro, etc
- Reversibilità

- In attesa di invalidità civile
- Invalidità
 - ↳ Codice: _____
 - ↳ Percentuale: _____ %
 - ↳ Indennità accompagnamento
 - si no In attesa

LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- Nessuna scolarità
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiore in _____
- Laurea in _____
- Altro: _____
- Professione pre pensionamento _____
- Interessi / hobby _____

RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi: NO SI (specificare):

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
- CDI (Centro Diurno Integrato) _____
- Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) _____

Servizi / interventi Sociali attivi: NO SI (specificare):

- SAD Comunale
- Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto _____
- Associazioni di volontariato _____
- Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc) _____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- Direttamente
- Servizio Sociale di: Centri Sociali Territoriali Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista _____
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ↳ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del D.L.gs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: ____ / ____ / 20__

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Egr. Signore/Gent.ma Signora

Melegnano li __/__/__

Vi informiamo che i dati personali (compresi quelli sensibili ora descritti nell'art.9) che Ci fornirete saranno trattati con strumenti manuali, strumenti automatizzati, e comunque in conformità a quanto previsto, anche in termini di sicurezza dei dati, dal regolamento UE 679/2016 ai fini dell'assolvimento dei compiti affidatici, al fine di fornirvi le informazioni da Voi richieste e/o per adempiere a specifici obblighi di legge in capo al titolare del trattamento. Il conferimento dei dati è facoltativo ma un Vs. rifiuto ci impedirà di proseguire nel rapporto o di adempiere a Vostre specifiche richieste.

Nel dettaglio i Vostri dati sono legati alla nostra attività specifica di "Gestione delle richieste di ricovero, di assistenza domiciliare e di gestione dei servizi connessi al ricovero o all'assistenza domiciliare ove concessi". L'interessato ha il diritto di comunicare le variazioni/integrazioni dei dati personali. Non è prevista, salvo apposito e specifico consenso, alcuna attività di marketing massivo.

La conservazione dei dati (la cui durata è prevista nei termini legali previsti per le cartelle cliniche e/o fascicoli FASAS), rispetta gli obblighi di legge o è legata ad esigenze di specifici trattamenti di cui siete parte, è vostro diritto richiedere la cancellazione dei dati quando lo stesso diritto non sia in contrapposizione con obblighi di legge. I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione.

I Vs. dati verranno comunicati agli incaricati della scrivente necessari allo svolgimento dei compiti affidatici, ad organismi di controllo e pubblica sicurezza se richiesti, ad eventuali terze parti solo in conseguenza di utilizzo delle stesse per l'assolvimento dei compiti affidatici.

Lei ha diritto di ottenere dal titolare la cancellazione, la limitazione, l'aggiornamento, la portabilità, l'opposizione al trattamento dei dati personali che la riguardano nonché in generale i diritti previsti dagli articoli 15,16,17,18,19,20,21 e 22 del Reg. Eu. 679/2016

Non è previsto il trasferimento di Vostri dati all'estero da parte della scrivente ma eventuali terzi coinvolti nel trattamento potrebbero avvalersi di tale possibilità.

**Titolare del trattamento:
Fondazione Castellini Onlus
Via Cavour 21 – Melegnano (MI)
Responsabile della Protezione dei Dati dott.ssa Anna Rita De Paola
indirizzo e-mail: rpd@fondazionecastellini.it**

CONSENSO

Do

Non do

Il consenso affinché i miei dati vengano trattati dalla scrivente ai fini dell'inserimento nella liste di attesa o altre attività da svilupparsi secondo i modi e gli scopi indicati nell'informativa su esposta o per adempiere a specifiche vostre richieste; tale consenso NON E' PREVISTO in quanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lettera b, il trattamento si intende lecito, è richiesto a maggior tutela dei diritti dell'interessato in quanto vengo richiesti anche dati di cui all'art. 9.

Una revoca o una non concessione del consenso implica un'impossibilità a proseguire il rapporto.

Come previsto dall'art. 14 del Reg. U.E. 679/2016 Dichiaro che fornirò copia della presente informativa ai soggetti dei quali Vi comunicherò dati personali (compresi quelli sensibili ora descritti nell'art.9) da me raccolti allo scopo esclusivo di consentire l'esecuzione di quanto illustrato nella presente informativa ove io sia parte in causa.

Firma dell'interessato