

PROMEMORIA PER ACCESSO IN RSA

Sig. _____ nato a _____ il _____ residente in _____, attualmente domiciliato/ricoverato _____

Per richiedere l'accesso in RSA:

- Compilazione della scheda di **Attivazione del percorso residenziale** da parte del **MMG** (o del Medico ospedaliero in caso di ricovero)
- Compilazione da parte del paziente o del familiare più prossimo della restante modulistica, firmando la pag. 4 e 5, accludendo alla richiesta una fotocopia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del paziente
- Richiesta ai **CAF** del **modello ISEE per Prestazioni Socio Assistenziali residenziali** (ricovero in RSA) dell'anno in corso e presentarlo appena pronto.
- Se in possesso, accludere copia del **verbale di invalidità civile e/o L. 104/92**.

La documentazione completa dovrà essere consegnata al **CAD/UVT di Frosinone** in viale Mazzini snc.
tel/fax: 0775 2072573

e-mail: uocadi@aslfrosinone.it



Il/la sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ il ___/___/___ residente a _____
 via _____ tel _____
 codice fiscale _____ orari di reperibilità _____
 in qualità di _____

CHIEDE

la valutazione multidisciplinare per l'accesso in RSA (Scheda A)

del Sig. _____ nato a _____
 il ___/___/___ residente a _____ via _____
 attualmente domiciliato _____ tel. _____
 codice fiscale _____ tessera sanitaria n. _____
 Medico di base _____ tel. _____
 A tal fine dichiara che il Sig. _____

È già in carico ai servizi socio-sanitari pubblici Sì No

per interventi di:

- assistenza economica assistenza domiciliare sociale
- assistenza CAD
- casa di riposo _____
- centro di riabilitazione _____
- ospedale o casa di cura _____

Stato giuridico: (Scheda A1)

- soggetto di diritto soggetto posto a curatela soggetto posto a tutela

Sesso:

- maschio femmina

Stato civile:

- Celibe/nubile coniugato/a vedovo/a
- separato/a divorziato



Titolo studio:

- senza titolo di studio
- licenza elementare
- licenza scuola media inferiore
- licenza media superiore
- laurea

**Professione esercitata in età lavorativa
Ramo di attività:**

- agricoltura
- imprenditore
- industria
- dirigente o impiegato
- commercio, alberghi, pubblici esercizi
- lavoratore in proprio o coadiuvante
- pubblica Amministrazione, servizi pubblici o privati
- lavoratore dipendente

Condizione non professionale:

- casalinga
- invalido
- altro

Pensione percepita:

- sociale
- vecchiaia
- invalidità
- reversibilità
- assicurazione
- vitalizio
- assegno accompagnamento
- altro
- nessuna

Ha a disposizione un alloggio?

- di proprietà
- in casa con i figli
- di altri parenti
- in affitto canone mensile euro _____
- è adeguato
- SI NO

Composizione del nucleo dei conviventi:

- solo/a
- con coniuge/anno di nascita _____
- con figli n. _____
- anno di nascita: 1° _____
- 2° _____
- 3° _____
- Con genitori
- altri parenti
- Altri non parenti
- con personale retribuito
- In casa di riposo o altra struttura (indicare) _____



I familiari tenuti all'obbligo degli alimenti ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile:

1 _____ c.f. _____

1 _____ c.f. _____

Reddito totale anno solare precedente 1. _____ 2. _____

È titolare di: (Scheda A2)

Pensione sociale SI NO

Assegno di accompagnamento SI NO

Altri redditi (indicare importo annuo):

Pensione di reversibilità euro _____

Pensioni di guerra euro _____

Rendita o pensione da rapporto di lavoro o altro titolo euro _____

Pensione o assegno di invalido civile euro _____

Pensione ciechi parziali o assoluti euro _____

Indennità di comunicazione euro _____

Rendite da patrimonio o altro euro _____

Totale _____

- Ho dichiarato quanto sopra valendomi della disposizione di cui agli art. 2 e 4 della legge 4 gennaio 1968, n.15, e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli articoli 483, 495 e 496 del Codice Penale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 24 della legge 13 aprile 1977, n. 114, sotto la mia personale responsabilità.
- L'atto della richiesta è comprensivo del consenso dell'interessato alla divulgazione, per fini istituzionali, dei propri dati personali.

Si allega: certificazione sanitaria del medico curante (mod. A3)

Data _____

Firma _____



DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ECONOMICO DELL'UTENTE E/O DI UN FAMILIARE E/O DEL TUTORE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

in qualità di _____ del/la Sig./ra _____

e residente in _____, vista la valutazione per accesso in R.S.A.

Liv _____ area _____ del _____

TITOLARE di:

invalidità civile al _____ con / senza indennità di accompagnamento

riconoscimento della Legge n° 104/92 Art. 3 comma 3

DICHIARA che il modello ISEE dell'assistito o del nucleo familiare è di € _____

e pertanto ai sensi della D.G.R. n° 2499/97 e D.G.R. n° 98 del 20 febbraio 2007 e n.790/16 e successive note regionali, la retta alberghiera a suo carico è pari a:

50% del totale con contributo a carico del Comune di _____ avendo l'utente l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) pari o inferiore a € 20.000

50% del totale senza contributo del Comune avendo l'utente l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) superiore a € 20.000

Visto l'elenco delle strutture, consegnato da _____ la RSA scelta dall'assistito e/o da un familiare e/o dal tutore è _____ sita in _____ via _____

DATA _____

FIRMA _____

FIRMA _____

N.B. I familiari decidono di non presentare ISEE

DATA _____

FIRMA _____



Richiesta di attivazione di percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.

Cognome _____	Nome _____	Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Luogo di nascita _____		Data ____ / ____ / ____
Indirizzo (residenza) _____		
Indirizzo di domicilio (se diverso da quello di residenza) _____		
Codice Fiscale _____	Telefono _____	
Comune di residenza _____		
Persona di riferimento _____		
(specificare se familiare o altro)	Cognome	Nome
		Recapito telefonico

Diagnosi e descrizione problema principale _____

Altre condizioni cliniche:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> diabete | <input type="checkbox"/> cardiopatia | <input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca | <input type="checkbox"/> malattie vascolari |
| <input type="checkbox"/> insufficienza respiratoria | <input type="checkbox"/> epatopatie non alcoliche | <input type="checkbox"/> epatopatie alcoliche | |
| <input type="checkbox"/> esiti frattura femore | <input type="checkbox"/> esiti altre patologie ortopediche | <input type="checkbox"/> malattie osteomuscolari | |
| <input type="checkbox"/> neoplasie | <input type="checkbox"/> esiti di ictus | <input type="checkbox"/> demenza | <input type="checkbox"/> altre malattie neurologiche |
| <input type="checkbox"/> disturbi sensoriali | <input type="checkbox"/> paralisi cerebrale infantile | <input type="checkbox"/> malattia psichiatrica | |
| <input type="checkbox"/> disabilità intellettiva | <input type="checkbox"/> disturbo generalizzato dello sviluppo | | |
| <input type="checkbox"/> altro _____ | | | |

Terapie in atto:

Stabilità clinica					
<input type="checkbox"/> Stabile	<input type="checkbox"/> Moderatamente instabile	<input type="checkbox"/> Instabile			
Stabilità clinica					
Orientato	<input type="checkbox"/> nello spazio	<input type="checkbox"/> nel tempo	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Soporoso	<input type="checkbox"/> Stuporoso <input type="checkbox"/> Coma
Disturbi cognitivi					
<input type="checkbox"/> Assenti / Lievi	<input type="checkbox"/> Moderati	<input type="checkbox"/> Gravi			
Disturbi comportamentali					
<input type="checkbox"/> Assenti / Lievi	<input type="checkbox"/> Moderati	<input type="checkbox"/> Gravi			
Dolore					
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 8 - 10 (0 = assenza di dolore; 10 = massimo dolore immaginabile)					
Mobilità					
<input type="checkbox"/> Indipendente (anche da carrozzina)		<input type="checkbox"/> Cammina con l'aiuto di una persona			
<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)					
Alimentazione					
<input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente		<input type="checkbox"/> Necessita di assistenza per alimentarsi		<input type="checkbox"/> Rifiuta di alimentarsi	
Supporto sociale					
Vive:					
<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Con coniuge	<input type="checkbox"/> Con figli	<input type="checkbox"/> Con genitori	<input type="checkbox"/> Con fratelli	
<input type="checkbox"/> Altro _____					
Assistito da:					
<input type="checkbox"/> Familiari		<input type="checkbox"/> Altre persone (vicini, badante, ...)			
Paziente trasportabile					
<input type="checkbox"/> si		<input type="checkbox"/> no			

<input type="checkbox"/> Chemio / radioterapia	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia (OLT)	<input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica assistita
<input type="checkbox"/> Drenaggi	<input type="checkbox"/> Broncoaspirazione / drenaggio posturale	<input type="checkbox"/> Dialisi
<input type="checkbox"/> Emotrasfusione periodica	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NAD <input type="checkbox"/> SNG	
Catetere vescicale		
<input type="checkbox"/> a permanenza		<input type="checkbox"/> a intermittenza <input type="checkbox"/> Catetere sovrapubico
<input type="checkbox"/> Catetere Venoso Centrale	<input type="checkbox"/> Catetere peridurale	
<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Uretronefrostomia	<input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Ulcere cutanee
<input type="checkbox"/> altro _____		

Percorso richiesto:

residenziale

semiresidenziale

domiciliare

Data _____

Il compilatore

<input type="checkbox"/> MMG / PLS	Cognome _____	Nome _____
	Recapito tel. _____	e-mail _____
<input type="checkbox"/> Medico ospedaliero	Cognome _____	Nome _____
	Ospedale _____	Unità Operativa _____
	Recapito tel. _____	e-mail _____

Timbro e firma _____