

CASA DELL'ANZIANO  
MASSIMO LAGOSTINA

**DOMANDA DI OSPITALITA'**

Il/La Sig. ....

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

Residente a.....Prov..... Cap.....

Via.....n.....

ASL di appartenenza.....Cod. fiscale.....

Coniugato/a ( ) Vedovo/a ( )

Con/di .....n. figli maschi.....femmine.....

Separato/a ( ) Divorziato/a ( ) Celibe/Nubile ( ) Non dichiarato ( )

**CHIEDE**

**DI ESSERE AMMESSO/A NELLA CASA DI RIPOSO PREFERIBILMENTE PER UN:**

**Ricovero temporaneo: mesi n.....**

**Ricovero a lunga degenza**

**QUESTIONARIO SOCIALE**

<b>MOTIVO DELLA DOMANDA</b>	<b>INIZIATIVA DELLA DOMANDA</b>
( ) ha perso l'autonomia fisica/psichica	( ) la persona stessa
( ) la famiglia non è in grado di provvedere	( ) familiari o affini
( ) vive da solo	( ) assistente sociale o altri servizi
( ) l'alloggio non è idoneo	( ) medico
( ) altro	( ) tutore
	( ) altro

ATTUALMENTE LA PERSONA E' IN:	QUALI DEI SEGUENTI SERVIZI SONO STATI ATTIVATI PER IL MANTENIMENTO A DOMICILIO DEL RICHIEDENTE?
<input type="checkbox"/> Ospedale	<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare (A.D.I.)
<input type="checkbox"/> Casa di Riposo di	<input type="checkbox"/> Assistenza fisioterapica
<input type="checkbox"/> Casa del familiare	<input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica
<input type="checkbox"/> Casa col coniuge	<input type="checkbox"/> Nessuna
<input type="checkbox"/> Casa da solo	
<input type="checkbox"/> Altro	

**INVALIDITA':**

SI'             NO ( ) IN ACCERTAMENTO

**RICEVE ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO:**

SI'             NO ( ) IN ACCERTAMENTO

**RECAPITO FAMILIARI O PARENTI**

1. Cognome e nome.....grado di parentela.....  
 Via/ Piazza .....n.....  
 Cap..... Città ..... Prov.....  
 Tel.....
2. Cognome e nome.....grado di parentela.....  
 Via/ Piazza .....n.....  
 Cap..... Città ..... Prov.....  
 Tel.....