

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/din. figli maschi.....femmine.....

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

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO/A NEL CENTRO DIURNO DELLA CASA DI RIPOSO

QUESTIONARIO SOCIALE

| MOTIVO DELLA DOMANDA | INIZIATIVA DELLA DOMANDA |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ha perso l'autonomia fisica/psichica | <input type="checkbox"/> la persona stessa |
| <input type="checkbox"/> la famiglia non è in grado di provvedere | <input type="checkbox"/> familiari o affini |
| <input type="checkbox"/> vive da solo | <input type="checkbox"/> assistente sociale o altri servizi |
| <input type="checkbox"/> l'alloggio non è idoneo | <input type="checkbox"/> medico |
| <input type="checkbox"/> altro | <input type="checkbox"/> tutore |
| | <input type="checkbox"/> 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/ Piazzan.....
 Cap..... Città Prov.....
 Tel.....
2. Cognome e nome.....grado di parentela.....
 Via/ Piazzan.....
 Cap..... Città Prov.....
 Tel.....