

Scheda di valutazione sociale servizio accoglienza residenziale

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 Data di nascita _____ Luogo _____ Prov _____

Eventuale persona incaricata di Tutela Giuridica

Cognome e Nome _____
 Residente a _____ Via _____ N° _____ Prov: _____
 Recapito telefonico _____ Ruolo _____

<i>Rete familiare</i>	<i>Situazione abitativa</i>	<i>Provenienza</i>
<input type="checkbox"/> anziani autonomi e/o semiautonomi privi di rete familiare	<input type="checkbox"/> anziani autonomi e/o semiautonomi privi di abitazione	<input type="checkbox"/> da un'altra struttura residenziale
<input type="checkbox"/> anziani autonomi e/o semiautonomi privi di un'adeguata assistenza familiare (presenza di familiari, anche non conviventi, che per vari motivi - es. lontananza, famiglia numerosa ecc. - non possono garantire un'assistenza costante e continua all'anziano)	<input type="checkbox"/> anziani autonomi e/o semiautonomi in disagiate condizioni abitative	<input type="checkbox"/> da ambito familiare con assistenza domiciliare
<input type="checkbox"/> anziani autonomi e/o semiautonomi con discreta assistenza familiare (presenza di familiari, anche non conviventi, che possono prestare supporto all'anziano)	<input type="checkbox"/> anziani autonomi e/o semiautonomi in discrete condizioni abitative	<input type="checkbox"/> da ambito familiare senza assistenza domiciliare
<input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

Persona di riferimento

Cognome e Nome _____
 Data di nascita ____/____/____ Residente a _____ Via _____ N° _____ Prov. _____
 Recapito telefonico _____ Altro recapito _____
 Posizione della persona di riferimento rispetto all'utente:
 figlio/a moglie/marito padre/madre fratello/sorella altro _____

Eventuale altra persona di riferimento

Cognome e Nome _____
 Data di nascita ____/____/____ Residente a _____ Via _____ N° _____ Prov. _____
 Recapito telefonico _____ Altro recapito _____
 Posizione della persona di riferimento rispetto all'utente:
 figlio/a moglie/marito padre/madre fratello/sorella altro _____

Situazione Economica

Categoria	N°	Ente erogatore	Importo mensile <u>netto</u>

Riscossione della Pensione

- L'anziano si reca autonomamente a riscuotere la pensione
 L'anziano ha delegato a riscuotere la pensione
 L'anziano vorrebbe delegare qualcuno altro _____

Bisogni espressi /obiettivi*

*bisogni dell'anziano al momento dell'inserimento nella struttura residenziale e obiettivi che si intendo raggiungere

Si esprime parere favorevole all'accoglienza residenziale e si allega relazione sociale

Assistente Sociale:
 Data: Firma

5A

SCHEDA DESCRITTIVA DELL'AUTONOMIA
(da compilarsi a cura del medico di famiglia)

In seguito a valutazione generale si certifica che il paziente (cognome) _____
(nome) _____ (data di nascita) _____

- è autonomo;
- è semiautonomo;
- è esente da malattie infettive
- non è affetto da alcolismo o malattie mentali

pertanto, allo stato attuale può essere accolto in Casa Albergo per anziani, un Servizio residenziale a prevalente accoglienza alberghiera (ai sensi del DM. 308/01) che eroga servizi socio-assistenziali a persone con un elevato bisogno di assistenza alla persona e non necessita di prestazioni sanitarie complesse.

CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO

.....
.....
.....

TERAPIE IN CORSO

.....
.....

ALLERGIE

ALIMENTARI (In caso di diete speciali specificare gli alimenti vietati)

.....
.....

FARMACOLOGICHE (In caso di allergie farmacologiche, specificare i farmaci alternativi)

.....
.....

VARIE (pollini, graminacee, polveri, muffe, veleno insetti, etc.)

.....
.....

NAPOLI,

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO CURANTE

62

Oggetto: Richiesta servizio di accoglienza residenziale per anziani

.... I...sottoscritt Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
Recapito telefonico _____

CHIEDE

L'ammissione in struttura residenziale, preferibilmente presso
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n.445 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- ^ di essere nat a..... il.....
- ^ di essere residente in Napoli alla Via.....n.....
- ^ di possedere il seguente codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
- ^ di voler usufruire del servizio di assistenza residenziale per anziani;
- ^ di accettare, in caso di accoglimento dell'istanza, il carico della retta giornaliera che ammonta al 66% del proprio reddito disponibile (comprensivo di pensione di anzianità, pensione sociale, pensione di invalidità, indennità di accompagnamento, etc...) mentre il Comune di Napoli comparteciperà per la parte restante se la retta non è, eventualmente, coperta interamente dalla quota percentuale versata dall'utente;
- ^ di accettare di versare tale quota direttamente alla struttura residenziale erogatrice del servizio di accoglienza residenziale per anziani;
- ^ di comunicare ogni eventuale variazione della situazione reddituale successivamente intervenuta alla firma del presente modello;
- ^ di aver preso visione e di accettare quanto stabilito nelle linee guida inerente il servizio di accoglienza residenziale;
- ^ di essere a conoscenza che saranno effettuati controlli sulla documentazione presentata;

Alla domanda vanno allegati i seguenti documenti:

- fotocopia della carta d'identità e codice fiscale;
- fotocopia del certificato di pensione – Modello OBIS M.
- fotocopia del decreto di nomina del tutore/amministratore di sostegno (se in possesso);
- fotocopia del decreto di invalidità (se in possesso);

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che i propri dati personali verranno trattati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, ai soli fini dello svolgimento degli adempimenti connessi alla presente richiesta (informativa ai sensi dell'art. 13 del D.L. 196/2003); in tal senso autorizza il trattamento degli stessi.

Napoli, il

FIRMA

76