

U.O.C. Programmazione e Gestione dell'Offerta Accreditati

### MODULO ACCETTAZIONE RICOVERO

#### DATI RICHIEDENTE

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
recapiti telefonici \_\_\_\_\_

#### DATI PAZIENTE

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
recapiti telefonici \_\_\_\_\_

#### TIPOLOGIA DI RIABILITAZIONE EX ART. 26

Residenziale                       Semiresidenziale                       Ambulatoriale

##### Scelta centro di ricovero in Ex Art. 26

Villa Immacolata                       Villa Buon Respiro                       Villa Santa Margherita                       Airri

#### TIPOLOGIA DI HOSPICE

Residenziale                       Domiciliare

##### Scelta centro di ricovero in Hospice

Nuova Santa Teresa                       Villa Rosa                       Hospice My Life Nepi

#### TIPOLOGIA DI RSA

RSA Mantenimento B                       RSA Mantenimento A                       RSA Estensivo                       RI

##### Scelta centro di ricovero in RSA

Myosotis                       RSA Viterbo                       Villa Serena                       Villa Immacolata  
 L'Assunta                       Villa Benedetta                       Villa Rosa                       Residenza Cimina  
 Padre Luigi Monti                       Santa Rita Nepi                       Villa Anna                       RSA San Giuseppe

NOTE \_\_\_\_\_

#### AUTOCERTIFICAZIONE

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamata dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale Europeo 2016/679

**RICHIESTA DI VALUTAZIONE PER ACCESSO IN RSA**

Per il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Generalità del richiedente

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

**Si allega la seguente documentazione:**

- fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e del diretto interessato;
- fotocopia del codice fiscale e/o tessera sanitaria del richiedente e del diretto interessato;
- fotocopia di eventuale verbale d'invalidità;
- modulo di richiesta di attivazione del percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale (a cura del Medico di Medicina Generale);
- eventuale decreto nomina AdS/tutore/curatore;
- ISEE o ricevuta richiesta di ISEE qualora si intenda richiedere la corresponsione della quota/parte per le spese sociali;
- eventuale documentazione sanitaria;
- dichiarazione attestante il grado di parentela.

Il sottoscritto è consapevole, che nel caso in cui intenda richiedere l'intervento economico del Comune per la corresponsione della quota parte della retta relativa alle spese non sanitarie, è indispensabile produrre specifica documentazione attestante la situazione economica dell'interessato al Comune di residenza (ISEE).



## Richiesta valutazione multidimensionale per

Il/la Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

attualmente domiciliato/ricoverato presso \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

In carico ai servizi sociosanitari pubblici per:

- assistenza economica  assistenza domiciliare  servizi sociali  assistenza domiciliare erogata dal CAD  
 casa di riposo (nome, indirizzo e tel) \_\_\_\_\_  
 centro di riabilitazione (nome, indirizzo e tel) \_\_\_\_\_  
 ospedale o casa di cura (nome, indirizzo e tel) \_\_\_\_\_

### Sesso

- maschio  Femmina

### Stato giuridico

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

### Stato civile

- celibe/nubile  coniugato/a  vedovo/a  separato/a  divorziato/a  convivente

### Titolo di studio

- senza titolo  lic. elementare  media inf.  media sup.  laurea

### Professione esercitata in età lavorativa

- dipendente  autonomo  altro \_\_\_\_\_

### Ha a disposizione un alloggio? sì no

- di proprietà  in casa con i figli  in casa di altri parenti  nuda proprietà

- usufrutto  casa di riposo o altra struttura comunitaria  in affitto (canone € \_\_\_\_\_)

### Composizione del nucleo dei conviventi

- solo/a  con familiare \_\_\_\_\_  altri parenti \_\_\_\_\_

### Nome dei familiari non conviventi tenuti agli alimenti ai sensi dell'art. 433 c.c.

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_



**Invalidità civile**  Sì  No \_\_\_\_\_%

**Indennità di accompagnamento**  Sì  No

**Riconoscimento disabilità (L. 104 art. 3 c. 3)**  Sì  No

**Condizione economica (indicare l'importo mensile)**

Pensione sociale	€ _____
Indennità di accompagnamento	€ _____
Pensione di guerra	€ _____
Pensione invalidità civile	€ _____
Pensione di ciechi parziali o completi	€ _____
Pensione di reversibilità	€ _____
Reddito da lavoro/altri redditi	€ _____
indennità di comunicazione	€ _____
Rendita da patrimonio	€ _____
<b>TOTALE MENSILE</b>	€ _____

Nel caso ricorrano le condizioni di un eventuale intervento economico del Comune di residenza, il dichiarante autorizza l'Unità Valutativa a trasmettere i dati forniti e il parere dell'UVM al Comune.

**Informativa ai sensi dell'art 76 DPR 445/2000.**

Si lascia la presente dichiarazione sotto la propria responsabilità, consapevole che chi rilascia dichiarazioni mendaci è punibile per legge ai sensi dell'art 76 DPR 445/2000.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale Europeo 2016/679

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

.....

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ ha presentato richiesta di valutazione multidimensionale per

l'ospitalità in RSA del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ il data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Operatore \_\_\_\_\_  
(Nome Cognome)

\_\_\_\_\_ Firma

**PROPOSTA DI ACCESSO IN RSA**  
(da compilarsi a cura del medico curante)

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

- Patologie di rilievo – neoplasie
- Demenza
- Cecità
- Sordità
- Sindromi
- Condizioni Invalidanti Cardiovascolari
- Condizioni Invalidanti Apparato Locomotore
- Condizioni Invalidanti Apparato Respiratorio
- Condizioni Invalidanti Apparato Genito – Urinario
- Condizioni Invalidanti Neurologiche Psichiatriche
- Altro \_\_\_\_\_

Diagnosi:

---

---

---

La persona è inserita in un programma di:

- Assistenza Programmata
- Assistenza Domiciliare
- Assistenza in Casa di Riposo
- Assistenza in regime di Lungodegenza
- Assistenza in regime di Riabilitazione post-acuzie
- Assistenza in regime di Riabilitazione Ex art. 26
- Assistenza in Ospedale
- Il paziente è trasportabile                       SI                       NO

Condizioni sanitarie e sociali che motivano la proposta di inserimento in RSA:

---

---

Timbro cod. Regionale  
e firma del Medico