

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO I CDI
ATS DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)**

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Numero documento di identità _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Esenzione _____

ATS di appartenenza _____ Distretto _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Se residente a Milano, zona di appartenenza: _____

Recapito Telefonico _____

Cittadinanza _____

Religione _____

Compilare solo se occorre

- Domicilio differente dalla residenza:

Domiciliato in _____ CAP _____

Via / Corso _____

- Se cittadino extracomunitario: Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO IL CDI)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: _____

E-mail: _____@_____.

Altri riferimenti: _____

In qualità di _____

FREQUENZA SETTIMANALE RICHIESTA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un giorno | <input type="checkbox"/> Mezza giornata |
| <input type="checkbox"/> Due giorni | <input type="checkbox"/> Giornata intera |
| <input type="checkbox"/> Tre giorni | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Quattro giorni | |
| <input type="checkbox"/> Cinque giorni | |
| <input type="checkbox"/> Sei giorni | |
| <input type="checkbox"/> Sette giorni | |

SERVIZIO DI TRASPORTO

-
- andata
-
- ritorno
-
- non richiesto

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

CON CHI VIVE
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti: _____ _____
<input type="checkbox"/> Badanti Presenza: _____ _____
<input type="checkbox"/> Altro: _____ _____

TUTELA
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Numero decreto: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____
Nome e Cognome AdS/Tutore: _____ _____
Qualifica: <input type="checkbox"/> Familiare: _____ <input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.) _____ _____
Recapiti: _____ _____

SITUAZIONE ABITATIVA
<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche <input type="checkbox"/> Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto: _____
<input type="checkbox"/> Presenza ascensore <input type="checkbox"/> Presenza servizi portierato

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente: _____ _____

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL CDI
<input type="checkbox"/> Direttamente <input type="checkbox"/> Assistente Sociale <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante) <input type="checkbox"/> Medico specialista _____ <input type="checkbox"/> Passaparola <input type="checkbox"/> Pubblicità <input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Associazioni / Altro _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CODICE FISCALE/TESSERA SANITARIA

Ai sensi del D.L.gs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione / informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

FIRMA DEL RICHIEDENTE: _____

PARTE DA COMPILARE INSIEME AD UN OPERATORE DEL CDI

Cognome e Nome Ospite _____

SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Non dichiarato
- Altro: _____

- Fratelli (N:)
- Sorelle (N:)

- Figli (N:)
- Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infortunio sul lavoro, etc.
- Reversibilità

- In attesa di invalidità
- Invalidità

↳ Codice: _____

↳ Percentuale: _____ %

↳ Indennità accompagnamento

SI NO

in attesa di accompagnamento

LIVELLO DI ISTRUZIONE

- Nessuno
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiori in _____

Laurea in: _____

Altro: _____

PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO

- Casalinga
- Agricoltore
- Operaio, ambito _____
- Impiegato, ruolo _____
- Artigiano, ambito _____
- Insegnante, in _____
- Imprenditore, ambito _____
- Libero Professionista, _____
- Altro _____

RICHIESTA DI INSERIMENTO (CDI WEB)

- Assistente sociale
- Familiare/affine
- MMG
- Medico ospedaliero/specialista
- Propria
- Soggetto civilmente obbligato

MOTIVAZIONE INSERIMENTO (CDI WEB)

- Alloggio non idoneo
- Altra motivazione sociale
- Insufficiente supporto familiare
- Perdita autonomia (decorso degenerativo)
- Solitudine
- Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)

PROVENIENZA (CDI WEB)

- Dal domicilio
- Da istituto di ricovero per acuti
- Da struttura sociale
- Da istituto di riabilitazione
- (compresi ex drg 5000/2007)
- Da CSS
- Da RSA
- Da RSD
- Altro: _____

TIPOLOGIA DI POSTO (CDI WEB)

- Autorizzato
- Accreditato
- Accreditato e contrattualizzato

SERVIZI SOCIO SANITARI

Servizi Socio Sanitari attivi: NO SI (specificare):

Servizi sociali territoriali _____

Assistente sociale: _____

Recapiti: _____

Tipo di servizi usufruiti: _____

Custode sociale – Portierato Sociale _____

ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____

RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) _____

RSA Aperta _____

CPS (Centro Psico Sociale) _____

Associazioni di volontariato _____

Altro (ad esempio: telesoccorso, etc.) _____

ANALISI DEI BISOGNI

↵ **Bisogni di tipo sociale**

- socializzazione per condizione di solitudine
 - arricchimento rete sociale
 - supporto familiare per problematiche di tipo sociale
 - supporto familiare per difficoltà di tipo relazionale
- _____
- _____

↵ **Bisogni di tipo sanitario**

- somministrazione terapia farmacologica
 - interventi medico-infermieristici
 - attività di riattivazione/stimolazione funzionale (motoria/cognitiva)
- _____
- _____

↵ **Bisogni di tipo assistenziale**

- elevato carico assistenziale al domicilio
 - disturbi del comportamento /disturbi di tipo psichiatrico
- _____
- _____

↵ **Eventuale attivazione di servizi all'interno della rete**

Data: ____ / ____ / 20__ Firma del compilatore _____