

CENTRO DIURNO INTEGRATO LEOPARDI
VIA PASCARELLA, 19 – 20157 MILANO

DATA _____

RICHIESTA DI INSERIMENTO

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 si 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

- Un giorno
- Due giorni
- Tre giorni
- Quattro giorni
- Cinque giorni
- Mezza giornata:
- MATTINO
- MATTINO CON PRANZO
- POMERIGGIO
- Giornata intera

SERVIZIO DI TRASPORTO

- andata
- ritorno
- non richiesto

RICHIESTA BAGNO SETTIMANALE

- sì
- no

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

CON CHI VIVE

- Solo
- Coniuge
- Figli
- Altri parenti:

- Badanti
Presenza:

- Altro:

TUTELA

- NO SI:

- Amministrazione di sostegno
 - In corso
 - Numero decreto: _____
- Altro: _____

Nome e Cognome AdS/Tutore:

Qualifica:

- Familiare: _____
- Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.)

Recapiti:

SITUAZIONE ABITATIVA

- Presenza barriere architettoniche
- Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto:

- Presenza ascensore
- Presenza servizi portierato

CONVENZIONE

- NO
- si, con il seguente ente:

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL CDI

- Direttamente
- Assistente Sociale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista _____
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- 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: _____

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 _____