# **Richiesta di inserimento presso le strutture diurne e residenziali,**

# **di Fondazione Renato Piatti ONLUS**

**Fondazione Renato Piatti ONLUS**

via Francesco Crispi, 4 - 21100 Varese

Tel. 0332/281025

info@fondazionepiatti.it

areasociale.pec@fondazionepiatti.org

|  |
| --- |
| **Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***da compilarsi a cura del diretto interessato/ Familiare/Tutore/Amministratore di Sostegno* |
|  | Il/la sottoscritto/a Cognome |  | Nome |  |  |
|  | Nato/a a |  | il |  | Residente a |  |  |
|  | (Prov. |  | ) | in via |  |  |
|  | Telefono |  | E-mail |  |  |
|  | nella sua qualità di |  |  |
|  |  | *familiare/Tutore/Amministratore di Sostegno* |  |
| --- |
| *da compilarsi a cura del servizio inviante se presente* |
|  | SERVIZIO INVIANTE |  |  |
|  | Indirizzo |  |  |
|  | Tel. |  | Fax |  | e-mail |  |  |
|  | Operatore/i di riferimento: |  |  |  |  |
|  |  | **cognome** |  | **nome** |  |
|  | **Qualifica** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **C H I E D E** |
| **L’INSERIMENTO IN UNA STRUTTURA DI FONDAZIONE R. PIATTI ONLUS** |
|  | **per il/la Sig. /Sig.ra Cognome** |  | **Nome** |  |  |
|  | **Nato/a a** |  | **il** |  | **Residente a** |  |  |
|  | **(Prov.** |  | **)** | **in via** |  |  |
|  | **Codice fiscale** |  | **Stato civile** |  |  |
|  | **Cittadinanza** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Per sé medesimo**  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| *da compilarsi a cura del diretto interessato/ Familiare/Tutore/Amministratore di Sostegno o del servizio inviante:* |
|  |  |  |  |  |
| Tipo di inserimento richiesto |
|  |  |
|  | **SERVIZIO RESIDENZIALE** |
|  |  |
|  | R.S.D. (Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità) Sesto Calende (VA) |
|  |  |
|  | R.S.D. (Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità) San Fermo – Varese (VA) |
|  |  |
|  | C.S.S. (Comunità Socio Sanitaria) Bobbiate – Varese (VA) |
|  |  |  |  |  |
|  | Comunità di accoglienza per persone con disabilità “Brugnoli Tosi” – Busto Arsizio (VA) |
|  |  |  |  |  |
|  |  | C.S.S. (Comunità Socio Sanitaria) Padiglione “Armiraglio Magistrelli” |
|  |  |  |  |  |
|  |  | C.S.S. (Comunità Socio Sanitaria) Padiglione “Mazzucchelli” |
|  |  |  |  |  |
|  |  | C.S.S. (Comunità Socio Sanitaria) Padiglione “Denna” |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Gruppo Appartamento “La Magnolia” |
|  |  |  |  |  |
|  | C.S.S (Comunità Socio Sanitaria) Melegnano (MI) |
|  |  |  |  |  |
|  | C.S.S (Comunità Socio Sanitaria) “Nuova Brunella” Varese (VA) |
|  | C.S.S. 1 (Comunità Socio Sanitaria) Abbiategrasso (MI) |
|  | C.S.S. 2 (Comunità Socio Sanitaria) Abbiategrasso (MI) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | A tempo indeterminato |
|  |  |  |  |  |
|  | A tempo determinato per il seguente periodo dal |  | al |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **SERVIZIO DIURNO** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | C.D.D. (Centro Diurno per persone con disabilità) Bobbiate - Varese |
|  |  |  |  |  |
|  | C.D.D. (Centro Diurno per persone con disabilità) Bregazzana – Varese |
|  |  |  |  |  |
|  | C.D.D. (Centro Diurno per persone con disabilità) Besozzo (VA) |
|  |  |  |  |  |
|  | C.D.D. (Centro Diurno per persone con disabilità) Melegnano (MI) |
|  | C.D.D. (Centro Diurno per persone con disabilità) Abbiategrasso (MI) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | a tempo pieno (35 ore settimanali) |
|  |  |  |  |  |
|  | a tempo parziale (a partire da 18 ore settimanali) n. ore |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **DOMANDA** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | URGENTE |
|  |  |  |  |  |
|  |  | ORDINARIA |
|  |  |  |  |  |
|  |  | INSERIMENTO IN LISTA D’ATTESA |
|  |  |  |  |  |
| **Motivo della richiesta di inserimento** |
|  |
|  |
|  |
|  | **Firma:** |  |
|  | (firma del diretto interessato/ dell’esercente la responsabilità genitoriale/ Familiare/Tutore/Amministratore di Sostegno) |
|  | **Firma:** |  |
|  | (firma della seconda persona che esercita la responsabile genitoriale in caso di minorenne) |
| **Anamnesi sociale** |
| *da compilarsi a cura dei servizi invianti e/o del diretto interessato/ del familiare/Tutore/AdS e/o dell’area sociale di Fondazione R. Piatti* |
|  |  |  |  |  |
| Il/la Sig. /Sig.ra Cognome |  | Nome |  |
| per cui si richiede un inserimento, attualmente si trova: |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Presso il proprio domicilio |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Presso l’abitazione di un parente/amico/conoscente, *specificare quale* |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | In struttura residenziale, *specificare quale* |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | In ospedale, *specificare quale* |  |
|  |  |  |  |  |
| **Rete socio-famigliare** |
|  |  |  |  |  |
|  | **Nome e Cognome** | **Indirizzo** | **Recapito telefonico** | **Indirizzo mail** |
| **Padre** |  |  |  |  |
| **Madre** |  |  |  |  |
| **Fratelli/sorelle** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Altri parenti/ conoscenti rilevanti per la persona** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Care-giver principale: |
|  | Genitori |  | Conoscente/vicino |  | Volontario |  | Badante |  | Altro |  |
|  |  |  |  |  |
| **Informazioni significative sul contesto socio-familiare** |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |
| **Operatori sanitari e sociali di riferimento** |
|  |
|  | **Nome e Cognome** | **Indirizzo** | **Recapito telefonico** | **Indirizzo mail** |
| **Medico di base** |  |  |  |  |
| **Assistente sociale** del comune di residenza |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Servizi territoriali di cui usufruisce attualmente** |
|  |
|  | Centro Diurno, *specificare quale* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Progetto DAMA, *specificare quale* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Centro Psico Sociale (CPS) o Psichiatria, *specificare quale* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Neuropsichiatria infantile (UONPIA), *specificare quale* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Servizio Educativo Domiciliare o Scolastico |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Altro, *specificare quale* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Scolarizzazione: |
|  |
|  |  | non concluso obbligo scolastico |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | concluso obbligo | (anno: |  | ) |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | attualmente in corso presso la Scuola, *specificare quale* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | non nota |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Situazione giuridica** |
|  |
| Interdizione | SI |  | NO |  | Tutore *(specificare dati anagrafici e recapiti completi)* |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Amministrazione di sostegno | SI |  | NO |  | Amministratore di sostegno |
|  |  |  |  |  | *(specificare dati anagrafici e recapiti completi)* |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inabilitazione | SI |  | NO |  | Curatore *(specificare dati anagrafici e recapiti completi)* |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Situazione socio-economica** |
| Situazione pensionistica: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pensione di invalidità civile, specificare la percentuale di invalidità riconosciuta |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Indennità di accompagnamento |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Indennità di frequenza |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pensione dei ciechi civili – Pensione dei sordi civili |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pensione da lavoro |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Reversibilità |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Altre pensioni, *specificare quali* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Altre misure: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Misura B1 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Misura B2 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fondi Dopo di noi |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fondi Progetto Vita indipendente |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Altro, *specificare quale* |  |

|  |
| --- |
| **Anamnesi sanitaria** |
| *da compilarsi a cura dei servizi invianti e/o del familiare/Tutore/AdS* |
|  |  |  |
| **Diagnosi attuale** |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
| **Problematiche psicopatologiche ed aspetti comportamentali** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
| **Terapia farmacologica in corso** |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
| **Scheda di valutazione** |
|  |  |  |
| Necessità di prestazioni sanitarie: |  |  |
|  |  |  |
|  | No, è in buona salute |  |
|  |  |  |
|  | Sì, qualche volta - *elencare quali* |  |
|  |  |  |
|  | Sì, con frequenza costante - *elencare quali* |  |
|  |  |  |
| Disturbi comportamentali: |  |  |
|  |  |  |
|  | Assenti |  |
|  |  |  |
|  | Presenti - *elencare quali* |  |
|  |  |  |
| Comunicazione: |  |  |
|  |  |  |
|  | Comunica verbalmente |  |
|  |  |  |
|  | Comunica parzialmente (verbale e non verbale) |  |
|  |  |  |
|  | Non comunica |  |
|  |  |  |
| Deficit sensoriali - udito e vista: |  |  |
|  |  |  |
|  | Assenti |  |
|  |  |  |
|  | Presenti - *elencare quali* |  |
|  |  |  |
| Mobilità - libertà di movimento: |  |  |
|  |  |  |
|  | Deambula autonomamente senza ausili |  |
|  |  |  |
|  | Si muove con ausili o carrozzina |  |
|  |  |  |
|  | È totalmente dipendente da terzi |  |
| Alimentazione: |  |  |
|  |  |  |
|  | Indipendente |  |
|  |  |  |
|  | Aiuto saltuario |  |
|  |  |  |
|  | Totalmente dipendente da terzi |  |
|  |  |  |
| Controllo sfinterico: |  |  |
|  |  |  |
|  | Assente |  |
|  |  |  |
|  | Presente |  |
|  |  |  |
|  | Presente parzialmente |  |
|  |  |  |
| Comportamento notturno: |  |  |
|  |  |  |
|  | Dorme regolarmente |  |
|  |  |  |
|  | Non dorme regolarmente, *specificare* |  |
|  |  |  |
| Altre informazioni sanitarie significative: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Documentazione allegata alla Richiesta di inserimento** |
|  |  |  |
| Allo scopo di facilitare la valutazione della Richiesta di inserimento si invita ad allegare: |
|  |  |  |
|  |  | eventuale altra documentazione Clinica, Educativa e Sociale già in possesso |
|  |  |  |
| **Trattamento dati personali** |
|  |  |  |
| **Nota bene:** la raccolta dei dati necessari ad attivare la valutazione della Vs. *Richiesta d’inserimento* prevede e richiede, ai sensi della normativa vigente, la conoscenza del contenuto dell’*Informativa trattamento dati - Richiesta di inserimento* (**S7.13.26**). |
|  |
| A tale scopo l’informativa viene fornita quale allegato al presente modulo di richiesta e deve essere restituita debitamente compilata e firmata: |
|  |
| * *Informativa trattamento dati - Richiesta di inserimento* (**S7.13.26**).
 |