

**Richiesta di inserimento presso le strutture diurne e residenziali,
di Fondazione Renato Piatti**

Fondazione Renato Piatti
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 _____

CHIEDE

L'INSERIMENTO IN UNA STRUTTURA DI FONDAZIONE R. PIATTI

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 responsabilità genitoriale in caso di minorenni)

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-familiare

	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)*.