

ASSOCIAZIONE PRO CASA ANZIANI NIARDO ONLUS

CENTRO DIURNO INTEGRATO "NINÌ CALZONI"

Via Adamo, 1 - 25050 Niardo (BS) tel.0364 335036e fax 0364338640

Codice Fiscale: 90008530173

Email: cdi_niardo@libero.it Sito web: www.cdiniardo.eu

SCHEDA UTENTE

COGNOME

NOME

Nato/a a

il

Residente a

Via

N.

Telefono n°

Domicilio

Via

Paese

Tel. n°

Cod. Fiscale

Tess. Sanitaria

Esenzioni

Persone di riferimento:

FIGLIA

Residente a

Tel.

FIGLIO

Residente a

Tel.

Data Compilazione:

___/___/___

RICHIESTA: RSA CDI

- 1° Domanda
- Richiesta Urgente
- Già in lista in altre RSA
- Altro _____

MOTIVO DELLA DOMANDA:

- Perdita autonomia fisica/psichica
- Famiglia non è in grado di provvedere
- Vive Solo
- Alloggio inidoneo
- Perdita del familiare/caregiver
- Altro

INIZIATIVA DELLA DOMANDA:

- Il Soggetto stesso
- Familiare o affine
- Assistente Sociale
- medico
- tutore
- Altro _____

TIPOLOGIA ASSISTENZA:

- Ricovero ordinario
- Ricovero di Sollievo
- Ricovero d'emergenza

PENSIONE SI NO

INVALIDITA':

SI NO In corso

Accettata Tipo %

Indennità di Accompagnamento :

SI NO

Legge 104/92 Gravità Handicap :

SI NO

Titoli Sociali:

Buono Sociale SI NO

Voucher Sociale SI NO

PROVENIENZA OSPITE:

- Dal domicilio
- Struttura Psichiatrica
- Struttura Sanitaria (ospedaliera) accreditata
- Struttura Sanitaria (ospedaliera) non accreditata
- in dimissione da istituto di riabilitazione
- in dimissione da altro regime o tipologia di Servizio (CDI)
- Dimesso da altra struttura
- Altro _____

N° FIGLI VIVENTI:

Maschi _____

Femmine _____

(Firma operatore)
