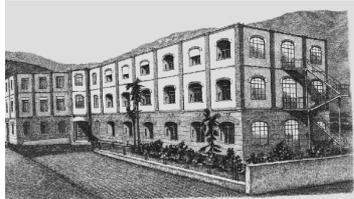


RSA MASSIMO LAGOSTINA ONLUS



Via Risorgimento 5 28887 Omegna – VB

DOMANDA DI OSPITALITA'

Il/La Sig.

Nato/a a.....Prov..... il.....

Residente a.....Prov..... Cap.....

Via.....n.

ASL di appartenenza.....Cod. fiscale.....

Coniugato/a () Vedovo/a ()

Con/din. figli maschi.....femmine.....

Separato/a () Divorziato/a () Celibe/Nubile () Non dichiarato ()

CHIEDE

**DI ESSERE AMMESSO/A NELLA RSA MASSIMO LAGOSTINA ONLUS
PREFERIBILMENTE PER UN:**

Ricovero temporaneo: mesi n.....

Ricovero a lunga degenza

QUESTIONARIO SOCIALE

MOTIVO DELLA DOMANDA	INIZIATIVA DELLA DOMANDA
<input type="checkbox"/> ha perso l'autonomia fisica/psichica	<input type="checkbox"/> la persona stessa
<input type="checkbox"/> la famiglia non è in grado di provvedere	<input type="checkbox"/> familiari o affini
<input type="checkbox"/> vive da solo	<input type="checkbox"/> assistente sociale o altri servizi
<input type="checkbox"/> l'alloggio non è idoneo	<input type="checkbox"/> medico
<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> tutore
	<input type="checkbox"/> altro

ATTUALMENTE LA PERSONA E' IN:	QUALI DEI SEGUENTI SERVIZI SONO STATI ATTIVATI PER IL MANTENIMENTO A DOMICILIO DEL RICHIEDENTE?
<input type="checkbox"/> Ospedale	<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare (A.D.I.)
<input type="checkbox"/> Casa di Riposo di	<input type="checkbox"/> Assistenza fisioterapica
<input type="checkbox"/> Casa del familiare	<input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica
<input type="checkbox"/> Casa col coniuge	<input type="checkbox"/> Nessuna
<input type="checkbox"/> Casa da solo	
<input type="checkbox"/> Altro	

INVALIDITA':

SI' NO IN ACCERTAMENTO

RICEVE ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO:

SI' NO IN ACCERTAMENTO

RECAPITO FAMILIARI O PARENTI

1. Cognome e nome.....grado di parentela.....
Via/ Piazzan.....

Cap..... CittàProv.....
Tel.....

2. Cognome e nome.....grado di parentela.....
Via/ Piazzan.....
Cap..... CittàProv.....
Tel.....