

**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)

\_\_\_\_\_