

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO I CDI  
ATS DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 – 7 (MILANO E AREA NORD)**

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_ Genere:  M  F

Numero documento di identità \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Esenzione \_\_\_\_\_

ATS di appartenenza \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Se residente a Milano, zona di appartenenza: \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Religione \_\_\_\_\_

**Compilare solo se occorre**

- Domicilio differente dalla residenza:

Domiciliato in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

- Se cittadino extracomunitario: Permesso di soggiorno  sì  no Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**RICHIEDENTE**

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO IL CDI)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Altri riferimenti: \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

**FREQUENZA SETTIMANALE RICHIESTA**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un giorno      | <input type="checkbox"/> Mezza giornata  |
| <input type="checkbox"/> Due giorni     | <input type="checkbox"/> Giornata intera |
| <input type="checkbox"/> Tre giorni     | <input type="checkbox"/> _____           |
| <input type="checkbox"/> Quattro giorni |  |
| <input type="checkbox"/> Cinque giorni  |  |
| <input type="checkbox"/> Sei giorni     |  |
| <input type="checkbox"/> Sette giorni   |  |

**SERVIZIO DI TRASPORTO**

- andata  ritorno  non richiesto

**MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CON CHI VIVE
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti: _____ _____
<input type="checkbox"/> Badanti Presenza: _____ _____
<input type="checkbox"/> Altro: _____ _____

TUTELA
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Numero decreto: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____
Nome e Cognome AdS/Tutore: _____ _____
Qualifica: <input type="checkbox"/> Familiare: _____ <input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.) _____ _____
Recapiti: _____ _____

SITUAZIONE ABITATIVA
<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche <input type="checkbox"/> Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto: _____
<input type="checkbox"/> Presenza ascensore <input type="checkbox"/> Presenza servizi portierato

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente: _____ _____

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL CDI
<input type="checkbox"/> Direttamente <input type="checkbox"/> Assistente Sociale <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante) <input type="checkbox"/> Medico specialista _____ <input type="checkbox"/> Passaparola <input type="checkbox"/> Pubblicità <input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Associazioni / Altro _____

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:**

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CODICE FISCALE/TESSERA SANITARIA

Ai sensi del D.L.gs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione / informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

FIRMA DEL RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_

## PARTE DA COMPILARE INSIEME AD UN OPERATORE DEL CDI

Cognome e Nome Ospite \_\_\_\_\_

### SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Non dichiarato
- Altro:

\_\_\_\_\_

- Fratelli (N:     )
- Sorelle (N:     )

- Figli (N:     )
- Figlie (N:     )

### SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infortunio sul lavoro, etc.
- Reversibilità

- In attesa di invalidità
- Invalidità

↳ Codice: \_\_\_\_\_

↳ Percentuale: \_\_\_\_\_ %

↳ Indennità accompagnamento

SI  NO

in attesa di accompagnamento

### LIVELLO DI ISTRUZIONE

- Nessuno
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiori in

\_\_\_\_\_

Laurea in:

\_\_\_\_\_

Altro:

\_\_\_\_\_

### PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO

- Casalinga
- Agricoltore
- Operaio, ambito \_\_\_\_\_
- Impiegato, ruolo \_\_\_\_\_
- Artigiano, ambito \_\_\_\_\_
- Insegnante, in \_\_\_\_\_
- Imprenditore, ambito \_\_\_\_\_
- Libero Professionista, \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

### RICHIESTA DI INSERIMENTO (CDI WEB)

- Assistente sociale
- Familiare/affine
- MMG
- Medico ospedaliero/specialista
- Propria
- Soggetto civilmente obbligato

### MOTIVAZIONE INSERIMENTO (CDI WEB)

- Alloggio non idoneo
- Altra motivazione sociale
- Insufficiente supporto familiare
- Perdita autonomia (decorso degenerativo)
- Solitudine
- Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)

### PROVENIENZA (CDI WEB)

- Dal domicilio
- Da istituto di ricovero per acuti
- Da struttura sociale
- Da istituto di riabilitazione
- (compresi ex drg 5000/2007)
- Da CSS
- Da RSA
- Da RSD
- Altro: \_\_\_\_\_

### TIPOLOGIA DI POSTO (CDI WEB)

- Autorizzato
- Accreditato
- Accreditato e contrattualizzato

## SERVIZI SOCIO SANITARI

Servizi Socio Sanitari attivi:  NO  SI (specificare):

Servizi sociali territoriali \_\_\_\_\_

Assistente sociale: \_\_\_\_\_

Recapiti: \_\_\_\_\_

Tipo di servizi usufruiti: \_\_\_\_\_

Custode sociale – Portierato Sociale \_\_\_\_\_

ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) \_\_\_\_\_

RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) \_\_\_\_\_

RSA Aperta \_\_\_\_\_

CPS (Centro Psico Sociale) \_\_\_\_\_

Associazioni di volontariato \_\_\_\_\_

Altro (ad esempio: telesoccorso, etc.) \_\_\_\_\_

## ANALISI DEI BISOGNI

### ↵ **Bisogni di tipo sociale**

- socializzazione per condizione di solitudine
  - arricchimento rete sociale
  - supporto familiare per problematiche di tipo sociale
  - supporto familiare per difficoltà di tipo relazionale
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### ↵ **Bisogni di tipo sanitario**

- somministrazione terapia farmacologica
  - interventi medico-infermieristici
  - attività di riattivazione/stimolazione funzionale (motoria/cognitiva)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### ↵ **Bisogni di tipo assistenziale**

- elevato carico assistenziale al domicilio
  - disturbi del comportamento /disturbi di tipo psichiatrico
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### ↵ **Eventuale attivazione di servizi all'interno della rete**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_ Firma del compilatore \_\_\_\_\_