



# Fondazione "Elisabetta Germani"

Centro sanitario assistenziale - ONLUS

## DATI ANAGRAFICI DELL'ANZIANO RICHIEDENTE

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENZA: VIA \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

DOMICILIO ATTUALE \_\_\_\_\_

MEDICO DI BASE \_\_\_\_\_

SESSO  MASCHIO  FEMMINA

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

STATO CIVILE:  celibe/nubile

Coniugato/a

Convivente

Separato/a

Divorziato/a

Vedovo/a

## COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:

VIVE SOLO  SI  NO

FAMILIARI

CONVIVENTI: \_\_\_\_\_

## DATI ANAGRAFICI DEL REFERENTE PRINCIPALE (con cui si metterà in contatto la RSA)

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENZA VIA \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_

RECAPITI TELEFONICI \_\_\_\_\_



# Fondazione "Elisabetta Germani"

Centro sanitario assistenziale – ONLUS

Posizione rispetto all'anziano

- Figlio
- Moglie/marito
- Fratello/sorella
- Genero/cognato
- Vicino
- Volontario
- Altro (specificare amministratore di sostengo/tutore ecc.) \_\_\_\_\_

## DATI ANAGRAFICI DEL REFERENTE SECONDARIO (eventuale)

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENZA VIA \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_

RECAPITI TELEFONICI \_\_\_\_\_

Posizione rispetto all'anziano

- Figlio
- Moglie/marito
- Fratello/sorella
- Genero/nuora
- Cognato/a
- Vicino
- Volontario
- Altro (specificare esempio: amministratore di sostengo/tutore ecc.) \_\_\_\_\_

## RICONOSCIMENTO INVALIDITA'

NON RICONOSCIUTO INVALIDO O minore o uguale al 33%

IN CORSO DI ACCERTAMENTO

INVALIDITA' COMPRESA TRA 34% E 66%

INVALIDITA' COMPRESA TRA 67% E 99%

INVALIDITA' PARI AL 100%

INVALIDITA' PARI AL 100% CON INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO



# Fondazione "Elisabetta Germani"

Centro sanitario assistenziale - ONLUS

## GRADO DI UTILIZZO DEI SERVIZI

### 1 - E' assistito dal SAD?

|   |  |
|---|--|
| Si per interventi quotidiani di cura della persona      |  |
| si per 2/3 interventi settimanali di cura della persona |  |
| si per prestazioni di aiuto domestico                   |  |
| no perché.....  |  |

### 2 - E' assistito da caregiver professionali privati (ASA- OTA-OSS-BADANTE)?

|                |  |
|----------------|--|
| Si             |  |
| no perché..... |  |

### 3 - E' assistito da caregiver NON professionali (volontari, familiari)?

|                     |  |
|---------------------|--|
| si a tempo pieno    |  |
| si a tempo parziale |  |

### 4 - E' assistito dal CDI?

|               |  |
|---------------|--|
| Si            |  |
| No perché.... |  |

### 5 - Fruisce o ha fruito di ricoveri di sollievo?

|               |  |
|---------------|--|
| si            |  |
| no perché.... |  |

### 6 - Fruisce di titoli sociali o contributi economici?

|   |  |
|---|--|
| no per carenza d'offerta (lista d'attesa) |  |
| buono / voucher sociale                   |  |
| voucher/credit sociosanitario - ADI       |  |
| nessuno                                   |  |

|                               |
|-------------------------------|
| <b>Ulteriori osservazioni</b> |
|-------------------------------|

Firma

\_\_\_\_\_