



**DOMANDA DI AMMISSIONE
CENTRO DIURNO INTEGRATO
"GIUSEPPE BONIZZI e VIRGINIA GUASCONI"**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. (____) il _____
residente a _____ Prov. (____) CAP _____ in Via _____
Tel. _____ altri recapiti _____
C. Fiscale _____ in qualità di _____ (grado di parentela) del/della sig./sig.ra

Ospite del C.D.I.

Cognome/nome _____ nato/a a _____ (prov. __) il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
medico curante _____

CHIEDE

l'ammissione al Centro Diurno Integrato

SI IMPEGNA AL PAGAMENTO

della retta di degenza in vigore per il C.D.I. di questa Fondazione a decorrere dal giorno _____
per €. 25,00 giornalieri, con cadenza mensile posticipata da effettuarsi entro il decimo giorno del mese
relativo, dal lunedì al venerdì (.....) o dal lunedì al sabato (.....) (15€ al gg in caso di assenza, 21€ al gg per
frequenza parziale).

Trasporto richiesto sì no (solo per residenti a Soncino – 2,00€ al giorno)

Il sottoscritto è a conoscenza che, qualora il presente impegno non fosse rispettato, la Direzione dell'Ente
potrà dimettere l'ospite stesso.

Soncino, _____

firma

Si prega di inviare la fattura per il pagamento della retta:

Destinatario _____

Via _____ Città _____

I dati conferiti in occasione della sottoscrizione della presente domanda saranno raccolti e trattati in ottemperanza alla normativa
vigente sulla privacy (GDPR 679/2016 - Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativamente alla
protezione dei dati personali), secondo quanto specificato nell'informativa resa all'interessato allegata al presente modulo.



**SCHEDA SOCIALE
CENTRO DIURNO INTEGRATO
"GIUSEPPE BONIZZI e VIRGINIA GUASCONI"**

Dati anagrafici e composizione familiare

Utente

Nome e cognome Sesso F M
Data di nascita Stato civile
Residenza (via, n. civico, località)
Domicilio (se diverso dalla residenza)
Telefono Codice fiscale
Tessera sanitaria Esenzioni ticket Invalidità%
Indennità di accompagnamento si no in corso
Utilizzo di ausili (carrozine, pannoloni, sacche per urina, deambulatore, ecc) specificare:
.....

Richiedente

Nome e cognome Sesso F M
Residenza (via, n. civico, località)
Telefono Grado di parentela

Altri familiari o referenti

Nome e cognome Sesso F M
Residenza (via, n. civico, località)
Telefono Grado di parentela
Nome e cognome Sesso F M
Residenza (via, n. civico, località)
Telefono Grado di parentela



1 - Potenzialità del sistema familiare

- Vive solo e non ha familiari
- Vive solo ed ha familiari non conviventi:

grado di parentela	grado di parentela
residenza	residenza
limitazioni (1)	limitazioni (1)
coinvolgimento nella cura (2)	coinvolgimento nella cura (2)

grado di parentela	grado di parentela
residenza	residenza
limitazioni (1)	limitazioni (1)
coinvolgimento nella cura (2)	coinvolgimento nella cura (2)

- Vive con familiari

Quanti sono i familiari conviventi ?

Indicare se:

- persone di età = 0 < di 3 anni
- persone minorenni
- persone di età = 0 > di 75 anni
- persone titolari di invalidità
- persone con problematiche specifiche se si, specificare

2 – Situazione abitativa

Indicare eventuali caratteristiche dell'abitazione che rendono difficoltosa l'assistenza all'anziano a domicilio (ad es. isolata, poco servita, sovraffollamento, barriere architettoniche ecc.)

.....

.....

3 – Vita di relazione

- L'anziano ha relazioni esclusivamente all'interno del proprio nucleo familiare
- L'anziano ha relazioni all'interno e all'esterno del proprio nucleo familiare
- L'anziano non ha relazioni sociali

Osservazioni:

.....



4 – Utilizzo dei servizi

Se negli ultimi 12 mesi l'anziano ha usufruito di prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie indicare quali:

	tipo di prestazione	frequenza
Assistenza domiciliare
Assistenza domiciliare integrata
Telesoccorso
Segretariato sociale
IDR o centri aggregativi
Centro diurno integrato
Altro, specificare

Tali prestazioni sono ritenute adeguate alle esigenze assistenziali dell'anziano? Si No

Se no, perché?

Nessun bisogno

Domanda non evasa

Problemi economici

5 – Rete di intervento

	attività	frequenza
Assistente privata ad ore
Badante
Vicini di casa
Volontari
Altro, specificare

Osservazioni:

.....
.....

Osservazioni finali o segnalazioni:

.....
.....