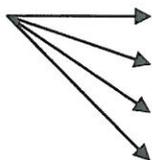


## DOMANDA DI AMMISSIONE

### Richiesta

preventiva       immediata       temporanea dal ..... al .....

Preferenza per:



- camera singola
- camera doppia
- appartamento singolo
- appartamento doppio

### Dati anagrafici

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Cognome da nubile: \_\_\_\_\_

Cognome e nome del coniuge: \_\_\_\_\_

Domicilio completo: Via: \_\_\_\_\_

NAP e Luogo: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Stato civile: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Nazionalità: \_\_\_\_\_ Attinenza: \_\_\_\_\_

Paternità: \_\_\_\_\_ Religione: \_\_\_\_\_

Ex professione: \_\_\_\_\_ Nr AVS: \_\_\_\_\_

Lingua madre: \_\_\_\_\_ Lingua parlata: \_\_\_\_\_

Cassa Malati: \_\_\_\_\_ Sezione: \_\_\_\_\_

N. assicurato/a: \_\_\_\_\_

Medico curante: \_\_\_\_\_

Solo per stranieri: Tipo di permesso (allegare copia) : \_\_\_\_\_

**Situazione familiare**

Il/la richiedente vive con:

- coniuge/convivente  
 altri parenti

- solo/a  
 altre persone

- figli

**Parenti**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Grado di parentela: \_\_\_\_\_

Indirizzo completo: Via, n. : \_\_\_\_\_

NAP e Luogo : \_\_\_\_\_

Telefono : \_\_\_\_\_

Natel : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Grado di parentela: \_\_\_\_\_

Indirizzo completo: Via, n. : \_\_\_\_\_

NAP e Luogo : \_\_\_\_\_

Telefono : \_\_\_\_\_

Natel : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Grado di parentela: \_\_\_\_\_

Indirizzo completo: Via, n. : \_\_\_\_\_

NAP e Luogo : \_\_\_\_\_

Telefono : \_\_\_\_\_

Natel : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

**Rappresentante legale**

Apporre la crocetta →  curatore       tutore

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Ev. grado di parentela: \_\_\_\_\_

Indirizzo completo: Via, n. : \_\_\_\_\_

NAP e Luogo : \_\_\_\_\_

Telefono : \_\_\_\_\_

Natel : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

## DATI INFERMIERISTICI

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

### Provenienza del richiedente:

- domicilio  ospedale, quale .....  istituto per anziani  
 domicilio con aiuti domiciliari

La seguente raccolta dati è improntata sul modello informatico in uso nella nostra struttura:

### **1. Respirazione:**

- non alterato  affaticamento (dispnea) da sforzo  apnee notturne  
 inalazioni  affaticamento (dispnea) a riposo  ossigeno  
 altro, specificare.....

### **2. Alimentazione:**

- non alterato (autonomo)  difficoltà di deglutizione  inappetenza  
 rischio di bronco aspirazione (soffocamento con cibo)  dieta:.....  
 altro, specificare.....

### **3. Eliminazione:**

#### Intestinale

- Non alterata  
 Diarrea  
 Stipsi  
 Incontinenza fecale  
 Utilizzo di protezioni →  giorno  
 notte

#### Utilizzo del WC:

- Autonomo  Semi-dipendente

#### Vescicale

- Non alterata  
 Incontinenza urinaria  
 Bruciore alla minzione  
 Catetere vescicole  
 Utilizzo di protezioni →  giorno  
 notte

- Dipendente

**4. Mobilitazione:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Non alterato (autonomo)           | <input type="checkbox"/> Supervisione            | <input type="checkbox"/> Aiuto di ..... persone |
| <input type="checkbox"/> Caduto negli ultimi 3 mesi        | <input type="checkbox"/> Rischio di caduta       | <input type="checkbox"/> Rischio di fuga        |
| <input type="checkbox"/> Riesce a salire le scale          | <input type="checkbox"/> altro, specificare..... |   |
| <input type="checkbox"/> Utilizzo di ausiliari, quali..... |  |   |
- 

**5. Sonno/Riposo:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Non alterato (dalle.....alle.....) | <input type="checkbox"/> riposo dopo pranzo          |
| <input type="checkbox"/> insonnia                           | <input type="checkbox"/> risvegli frequenti          |
| <input type="checkbox"/> altro.....                         | <input type="checkbox"/> difficoltà ad addormentarsi |
- 

**6. Cute/Tegumenti:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Non alterato        | <input type="checkbox"/> Ferite cutanee, dove..... | <input type="checkbox"/> secchezza cutanea |
| <input type="checkbox"/> decubiti, dove..... | <input type="checkbox"/> medicazioni, dove.....    |  |
- 

**7a. Vestirsi/sgestirsi:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> autonomo                      | <input type="checkbox"/> solo preparazione vestiti | <input type="checkbox"/> aiuto completo |
| <input type="checkbox"/> aiuto parziale, per cosa..... | <input type="checkbox"/> altro, specificare.....   |   |

**7b. Lavarsi :**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> autonomo                      | <input type="checkbox"/> aiuto solo per doccia/bagno | <input type="checkbox"/> aiuto completo |
| <input type="checkbox"/> aiuto parziale, per cosa..... |  |   |
- 

**8. Ambiente sicuro:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> in grado di chiedere aiuto | <input type="checkbox"/> mezzi di contenzione, quali.....       |
| <input type="checkbox"/> idee suicidali             | <input type="checkbox"/> episodi di aggressività verbale/fisica |
- 

**9. Comunicazione:**

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> non alterato            | <input type="checkbox"/> lingua madre.....  | <input type="checkbox"/> riservato |
| <input type="checkbox"/> nessuna comunicazione   | <input type="checkbox"/> incapacità di comprendere/ farsi comprendere                                 |                                    |
| <input type="checkbox"/> modalità d'espressione  | <input type="checkbox"/> parole<br><input type="checkbox"/> gesti<br><input type="checkbox"/> scritto |                                    |
| <input type="checkbox"/> altro, specificare..... | <input type="checkbox"/> lingua parlata.....  |                                    |

**10. Apprendere/ricrearsi:**

- hobby, specificare.....  svolge attività in autonomia
- partecipa ad attività ricreative, quali.....
- altro, specificare.....
- 

**11. Seguire la propria fede:**

- religione.....  disposizioni particolari, specificare.....
- desidera supporto spirituale  desidera partecipare alle funzioni religiose
- esistono disposizioni particolari inerenti i futuri approcci terapeutici, quali.....
- altro, specificare.....
- 

**12. Stato di coscienza:**

- orientato  disorientato
- persona (non riconosce i famigliari)  
 spazio (non riconosce il proprio ambiente)  
 tempo (non sa il giorno e/o la data)  
 luogo (non sa dove si trova)
- memoria conservata  memoria alterata
- recente  
 passata
- luogo dove è cresciuto/a (paese e se possibile indirizzo)

**Stato cognitivo:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> confusione mentale | <input type="checkbox"/> agitazione psichica | <input type="checkbox"/> agitazione motoria |
| <input type="checkbox"/> ansia              | <input type="checkbox"/> isolamento          | <input type="checkbox"/> apatia             |
| <input type="checkbox"/> tristezza          | <input type="checkbox"/> delirio             | <input type="checkbox"/> altro,.....        |
- 

**13. Organi di senso:**

- |  |                                       |                                       |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <u>Vista:</u>  | <u>Olfatto:</u>                       | <u>Tatto:</u>                         |
| <input type="checkbox"/> non alterata                        | <input type="checkbox"/> non alterato | <input type="checkbox"/> non alterato |
| <input type="checkbox"/> alterata                            | <input type="checkbox"/> alterato     | <input type="checkbox"/> alterato     |
| <input type="checkbox"/> utilizzo di occhiali, per cosa..... |                                       |                                       |
| <input type="checkbox"/> cecità                              |                                       |                                       |
| <input type="checkbox"/> altro, specificare.....             |                                       |                                       |

Udito:

- non alterato
- alterato
- utilizzo di apparecchi, specificare.....

Gusto:

- non alterato
- alterato

**14. Utilizzo mezzi di informazione:**

- lettura giornali
  - ascolto della radio
  - televisione
  - computer
  - natel
- 

**15. Altre osservazioni:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

Firma di chi ha compilato il formulario: \_\_\_\_\_

## SITUAZIONE FINANZIARIA

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

- AVS/AI
- Cassa pensione                       12 mensilità     13 mensilità
- Prestazione complementare (PC)
- Assegno grande invalido (AGI)    grado medio     grado elevato
- Altre rendite (SUVA/assicurazione militare/pensione estere...)
- Pensione militare

L'Amministrazione della Casa per anziani richiede, per effettuare il calcolo della retta differenziata, la seguente documentazione:

- la più recente notifica di tassazione
- la notifica di tassazione del biennio 1999/2000 e tutte le successive fino al corrente anno
- i più **recenti** cedolini postali o estratti conti bancari riguardanti i proventi dell'anno in corso (AVS, pensione, AGI ed eventuali altre entrate)
- il premio mensile dell'anno in corso della cassa malati
- **solo per i pensionati FFS/SBB:** notifica di pagamento della pensione per almeno un mese dell'anno in corso

L'ospite o il suo rappresentante legale devono firmare la dichiarazione allegata concernente:

- donazioni di sostanza effettuate dopo il 31 agosto 1981
- l'esistenza di sostanze o redditi non figuranti nell'ultima notifica di tassazione
- la concessione di una procura all'amministrazione dell'istituto che la autorizzi a richiedere agli organi dell' AVS e dell'AI ogni informazione necessaria per il calcolo della retta (in particolare quella a sapere se l'Ospite è al beneficio dell'AGI) e che la autorizzi a presentare richiesta (qualora ritenesse adempiute le relative condizioni) per l'ottenimento dell'AGI

Qualora la documentazione non fosse sufficiente per determinare la situazione finanziaria dell'Ospite (in particolare nel caso di donazioni o partecipazioni a eredità), l'istituto richiederà ulteriore documentazione (estratti del registro fondiario, sommarioni, certificati ereditari...) atta a determinare esattamente la situazione finanziaria.

→ Gli anziani che **al momento dell'ammissione percepiscono la Prestazione complementare** sono dispensati dal presentare la documentazione sopraelencata e devono presentare unicamente la relativa decisione.

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE CONCERNENTE LA SITUAZIONE FINANZIARIA

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Questo formulario deve essere compilato e firmato dall'ospite o dal suo rappresentante legale al momento dell'ammissione in una casa per anziani sussidiata.

### **DONAZIONE DI SOSTANZA**

Dopo il 31 agosto 1981, ha effettuato donazioni di sostanza oppure ha rinunciato a partecipazioni ereditarie alle quali avrebbe avuto diritto?

sì

no

Nel caso di risposta affermativa allegare la relativa documentazione

### **EVENTUALI REDDITI O SOSTANZA NON FIGURANTI SULLA NOTIFICA DI TASSAZIONE**

Al momento attuale consegue redditi oppure è proprietario di sostanza NON figuranti sulla sua recente notifica di tassazione?

sì

no

→ Nel caso di risposta affermativa allegare la relativa documentazione

### **NOTIFICA DI EVENTUALI CAMBIAMENTI DELLA SITUAZIONE FINANZIARIA**

Il sottoscritto si impegna ad annunciare all'amministrazione dell'istituto ogni mutamento della situazione finanziaria che potrebbe avere ripercussioni sul calcolo della retta (4.4 delle Direttive)

### **CONCESSIONE PROCURA PER I RAPPORTI CON GLI ORGANI DELL'AVS E DELL'AI**

Il sottoscritto concede la procura all'amministrazione della Casa per anziani e l'autorizza a chiedere, agli organi dell'AVS-AI-AGI, ogni informazione necessaria per il calcolo della retta. Si concede pure la procura a presentare richiesta, qualora adempite le relative condizioni, a presentare richiesta per l'ottenimento dell'Assegno Grandi Invalidi.

Luogo e data: .....

Firma: .....

## Dichiarazione

La Signora / il Signor.....

ev. rappresentato legalmente da .....

dichiara che a partire dal 1. settembre 1981 fino alla data odierna

NON ha fatto donazioni o anticipi ereditari di sostanza immobiliare e/o mobiliare

ha fatto le donazioni e/o gli anticipi ereditari che vengono indicati qui sotto  
(allegare p.f. copia rogiti, estratti registro fondiario al momento della donazione  
ed ev. notifica di tassazione dell'Ufficio imposte di successione e donazione)

### Sostanza immobiliare devoluta per donazione e/o come anticipo ereditario

<i>numero mappale</i>	<i>Comune</i>	<i>data di devoluzione</i>	<i>valore di stima alla data di devoluzione</i>	<i>oneri/debiti ceduti con la sostanza</i>

### Sostanza mobiliare devoluta per donazione e/o come anticipo ereditario

<i>descrizione dei beni devoluti (contanti, azioni, gioielli, ecc.)</i>	<i>data di devoluzione</i>	<i>valore complessivo dei beni devoluti</i>	<i>valore di eventuali oneri/debiti ceduti</i>

Con la firma della presente confermo la veridicità e completezza dei dati dichiarati sopra ed autorizzo l'Ufficio anziani e cure a domicilio a richiedere eventuali ulteriori informazioni all'Ufficio delle imposte di successione e donazione, Lugano

Data:.....

Firma: .....  
(dell'ospite o del suo rappresentante legale)