

**DOMANDA DI INSERIMENTO  
PRESSO I CENTRI DIURNI INTEGRATI ASL MILANO  
PER IL SIG./LA SIG.RA**

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

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

Età \_\_\_\_\_ Genere:  M  F

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria\* \_\_\_\_\_

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

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

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

Domicilio (compilare solo se differente dalla residenza):

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

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

**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: casa \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo e mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Legame di parentela \_\_\_\_\_

<p><b>GIORNI E ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTI</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>
<p><b>SERVIZIO DI TRASPORTO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Richiesto: <input type="checkbox"/> andata <input type="checkbox"/> ritorno <input type="checkbox"/> Non richiesto</p>

<p><b>MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO</b></p> <p>_____ _____ _____ _____ _____ _____</p>
--

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

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"/> Amministrazione di sostegno N° decreto _____ <input type="checkbox"/> Inabilità <input type="checkbox"/> Interdizione <input type="checkbox"/> Curatela/procura  Nome e cognome: _____  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"/> Servizi igienici adeguati <input type="checkbox"/> Presenza servizi portierato  <input type="checkbox"/> Zona di Milano _____

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Convenzione con _____ _____

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 _____

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

- ↳ CODICE FISCALE
- ↳ CARTA DI IDENTITÀ
- ↳ TESSERA SANITARIA

Ai sensi dell'art.10 della 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

**COMPILAZIONE A CURA DI UN OPERATORE DEL CDI**

SITUAZIONE FAMILIARE
<input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Celibe/nubile <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Non dichiarato
<input type="checkbox"/> Fratelli (N:        ) ) <input type="checkbox"/> Sorelle (N:        ) )
<input type="checkbox"/> Figli (N:        ) ) <input type="checkbox"/> Figlie (N:        ) )

SITUAZIONE ECONOMICA
<input type="checkbox"/> Nessuna pensione <input type="checkbox"/> Anzianità/vecchiaia <input type="checkbox"/> Minima/sociale <input type="checkbox"/> Guerra/infortunio sul lavoro, etc <input type="checkbox"/> Reversibilità
<input type="checkbox"/> In attesa di invalidità <input type="checkbox"/> Invalidità ↳ Tipo di invalidità: _____
↳ Indennità accompagnamento <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> In attesa accompagnamento <input type="checkbox"/> no

LIVELLO DI ISTRUZIONE
<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Diploma medie inferiori <input type="checkbox"/> Diploma medie superiori in _____
<input type="checkbox"/> Laurea in: _____
<input type="checkbox"/> Altro _____

PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO
<input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Agricoltore <input type="checkbox"/> Operaio (ambito _____) <input type="checkbox"/> Impiegato (ruolo _____) <input type="checkbox"/> Artigiano (ambito _____) <input type="checkbox"/> Insegnante (in _____) <input type="checkbox"/> Imprenditore (ambito _____) <input type="checkbox"/> Libero Professionista ( _____) <input type="checkbox"/> Altro _____

RICHIESTA DI INSERIMENTO (CDI WEB)
<input type="checkbox"/> Assistente sociale <input type="checkbox"/> Familiare/affine <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Medico ospedaliero <input type="checkbox"/> Propria <input type="checkbox"/> Soggetto civilmente obbligato

MOTIVAZIONE INSERIMENTO (CDI WEB)
<input type="checkbox"/> Alloggio non idoneo <input type="checkbox"/> Altra motivazione sociale <input type="checkbox"/> Insufficiente supporto familiare <input type="checkbox"/> Perdita autonomia (decorso degenerativo) <input type="checkbox"/> Solitudine <input type="checkbox"/> 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 ATTIVI**

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CMA di zona _____</li> </ul> <p>Assistente sociale di riferimento: _____</p> <p>Recapiti: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SAD _____</li> <li><input type="checkbox"/> ADI _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CPS _____</li> <li><input type="checkbox"/> Custode sociale – Portierato Sociale _____</li> <li><input type="checkbox"/> Associazioni volontariato _____</li> <li><input type="checkbox"/> Parrocchie _____</li> <li><input type="checkbox"/> Altro _____</li> </ul>
--	--

**ANALISI DEI BISOGNI**

- ↵ Bisogni di tipo sociale
  - solitudine
  - socializzazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_
- ↵ Bisogni di tipo sanitario
  - somministrazione terapia farmacologica
  - interventi medico-infermieristici
  - riabilitazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_
- ↵ Bisogni di tipo assistenziale
  - elevato carico assistenziale
  - disturbi del comportamento /disturbi di tipo psichiatrico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuale attivazione servizi all'interno della rete

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_