

**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<br><input type="checkbox"/> Coniuge<br><input type="checkbox"/> Figli<br><input type="checkbox"/> Altri parenti:<br><br><br> |
| <input type="checkbox"/> Badanti<br>Presenza:<br><br><br>                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Altro:<br><br><br>                                                                                                                |

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

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

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

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