

# LISTA D'ATTESA UNICA RSA

## RICHIESTA DI ISCRIZIONE DEL .....

Cognome ..... Nome ..... Sesso ☐ M ☐ F

Nato a ..... il .....

Codice fiscale 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Cittadinanza ..... Figli: Femmine n° ..... Maschi n° .....

Stato civile ☐ CELIBE/NUBILE ☐ CONIUGATO/A con .....

☐ UNITO/A CIVILMENTE con .....

☐ SEPARATO/A ☐ DIVORZIATO/A ☐ VEDOVO/A

Residente a ..... CAP .....

in Via ..... n. ....

Vive con: ☐ coniuge/convivente ☐ coniuge/figli ☐ figli ☐ parenti ☐ badante ☐ solo/a ☐ altro

Attuale collocazione .....

Titolo di studio ..... Precedente occupazione .....

È seguito dal Servizio Sociale del Comune? ☐ NO ☐ SI

Se SI indicare di quale servizio usufruisce .....

Cognome e Nome Assistente Sociale ..... Tel. ....

ASST di Residenza .....

Medico curante ..... telefono .....

Usfruisce del servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)? ☐ SI ☐ NO

Usfruisce di altri servizi? ☐ SI ☐ NO

Se SI quali? .....

Possiede una certificazione di Invalidità? NO ☐ SI ☐ **Se SI, allegare copia del verbale di invalidità**

☐ in corso di ottenimento (data di presentazione della domanda .....)

Se SI indicare la percentuale di invalidità riconosciuta .....%

Percepisce l'assegno di accompagnamento? ☐ SI ☐ NO ☐ NO, domanda presentata in data .....

Percepisce una pensione? ☐ nessuna ☐ anzianità/vecchiaia ☐ minima/sociale ☐ reversibilità

☐ altro ..... Importo netto complessivo mensile circa € .....

## PARENTI E PERSONE DI RIFERIMENTO

\* **Barrare la persona a cui fare riferimento di preferenza per la presente pratica**

| *                        | Grado di parentela | Cognome e nome | Via, numero civico, CAP, città | Telefono | e-mail |
|--------------------------|--------------------|----------------|--------------------------------|----------|--------|
| <input type="checkbox"/> |                    |                |                                |          |        |
| <input type="checkbox"/> |                    |                |                                |          |        |
| <input type="checkbox"/> |                    |                |                                |          |        |

## AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Amministratore di Sostegno: ☐ SI ☐ NO ☐ Presentata Istanza di Nomina in Tribunale in data .....

Se SI, Cognome e Nome .....

Tel. .... e-mail .....

Decreto Giudice Tutelare (consegnato ai nostri uffici in data .....) )

## CONDIZIONE ABITATIVA DELL'UTENTE

Piano ..... Ascensore ☐ SI ☐ NO

Barriere architettoniche ☐ SI ☐ NO Servizi igienici ☐ SI ☐ NO

Abitazione ☐ proprietà ☐ uso gratuito ☐ affitto

Riscaldamento ☐ centralizzato ☐ autonomo ☐ mancante

## Punteggio Sociale per Lista Attesa RSA

(da compilarsi a cura degli Enti Gestori RSA o Servizi Sociali territoriali)

|                                                                                                           | problematico |    |            | Non rilevato |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----|------------|--------------|
|                                                                                                           | no           | si | gravemente |              |
| Isolamento abitazione (lontano dai servizi principali difficilmente raggiungibile con trasporti pubblici) | 0            | 1  | 2          |              |
| Stato di manutenzione dell'abitazione                                                                     | 0            | 2  | 4          |              |
| Igienicità dell'alloggio                                                                                  | 0            | 2  | 4          |              |
| Riscaldamento                                                                                             | 0            | 2  | 4          |              |
| Servizi igienici                                                                                          | 0            | 2  | 4          |              |
| Barriere architettoniche                                                                                  | 0            | 2  | 4          |              |
| Situazione economica                                                                                      | 0            | 2  | 4          |              |
| Gestione alimentare                                                                                       | 0            | 2  | 4          |              |
| Gestione della vita quotidiana                                                                            | 0            | 3  | 6          |              |
| Relazione / socializzazione                                                                               | 0            | 2  | 4          |              |
| Quantità del supporto familiare - parentale                                                               | 0            | 2  | 4          |              |
| Qualità del supporto familiare - parentale                                                                | 0            | 3  | 6          |              |

Cognome e Nome compilatore Scheda Sociale

Firma compilatore Scheda Sociale

## LA PRESENTE RICHIESTA VIENE EFFETTUATA PER LE SEGUENTI RSA:

- **INDICARE CON IL NUMERO “1” LA R.S.A. DI PREFERENZA**  
(Fondazione a cui fare riferimento per ogni successivo aggiornamento)
- **BARRARE CON “X” LE EVENTUALI ULTERIORI STRUTTURE DI INTERESSE**

### FONDAZIONE BRESCIA SOLIDALE

- |                                                                                                 |                                                                                       |                                                  |                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>R.S.A. ARICI SEGA</b><br>Via Lucio Fiorentini, 19/b - 25134 Brescia | <input type="checkbox"/> <b>R.S.A. VILLA ELISA</b><br>Via San Polo, 2 - 25124 Brescia | <input type="checkbox"/> <b>NUCLEO ALZHEIMER</b> | <input type="checkbox"/> <b>POSTI SOLVENTI</b><br>(costo a completo carico dell'utente) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

### FONDAZIONE CASA DI DIO

- |                                                                                                                                     |                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>R.S.A. CASA DI DIO</b><br>Via Vitt. Emanuele II, 7 - 25122 Brescia                                      | <input type="checkbox"/> <b>R.S.A. LA RESIDENZA</b><br>Via dei Mille, 41 - 25121 Brescia                                           | <input type="checkbox"/> <b>R.S.A. A. LUZZAGO</b><br>Via della Lama, 67 - 25133 Brescia | <input type="checkbox"/> <b>R.S.A. L. FEROLDI</b><br>Via della Lama, 73 - 25133 Brescia |
| <input type="checkbox"/> <b>POSTI SOLVENTI</b><br>solo presso RSA Casa di Dio e A. Luzzago<br>(costo a completo carico dell'utente) | <input type="checkbox"/> <b>POSTI SOLLIEVO</b><br>solo presso RSA A. Luzzago e L. Feroldi<br>(costo a completo carico dell'utente) | <input type="checkbox"/> <b>NUCLEO ALZHEIMER</b><br>solo presso RSA Livia Feroldi       |                                                                                         |

### FONDAZIONE CASA DI INDUSTRIA

- |                                                                                                  |                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>R.S.A. CASA INDUSTRIA</b><br>Via Veronica Gambara, 6 - 25121 Brescia | <input type="checkbox"/> <b>NUCLEO ALZHEIMER</b><br>Via Veronica Gambara, 6 - 25121 Brescia |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

### ISTITUTO FIGLIE SAN CAMILLO

- ☐ **R.S.A. SAN GIUSEPPE**  
Via Milano, 69 - 25126 Brescia  
(solo donne)

### FONDAZIONE PAOLA DI ROSA

- |                                                                                             |                                                                                              |                                                                                         |                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>R.S.A. VILLA SALUTE</b><br>Via O. Montini n. 37 - 25133 Brescia | <input type="checkbox"/> <b>R.S.A. MONS. PINZONI</b><br>Via O. Montini n. 37 - 25133 Brescia | <input type="checkbox"/> <b>POSTI SOLVENTI</b><br>(costo a completo carico dell'utente) | <input type="checkbox"/> <b>NUCLEO ALZHEIMER</b><br>solo presso RSA Villa Salute |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

#### ALLA PRESENTE DOMANDA SI DEVE OBBLIGATORIAMENTE ALLEGARE:

- Fotocopia leggibile fronte retro di un documento identità dell'utente in corso di validità
- Fotocopia leggibile fronte retro della tessera sanitaria
- Fotocopia dell'eventuale verbale di invalidità
- Certificazione sanitaria su modulo allegato e certificato attestante diagnosi del Morbo di Alzheimer se presente
- Fotocopia dell'eventuale Decreto di Nomina dell'Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore

#### Consenso al trattamento dati

Il/la sottoscritto/a ....., nato/a a....., il.....dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg UE 2016/679 e di avere preso atto dei diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del Reg. medesimo, ed esprime il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e categorie particolari di dati (ex dati sensibili), per le finalità e per la durata precisati nell'informativa con riferimento anche all'utilizzo e gestione dei dati della persona per cui si chiede l'inserimento nella lista unica RSA.

Data .....

Firma di chi presenta la domanda

## **INFORMAZIONI UTILI**

### **1) COME EFFETTUARE LA SCELTA DELLA RSA IN CUI ESSERE OSPITATO**

Per esprimere la propria preferenza l'utente deve:

- indicare con il numero **"1"** la RSA dove l'utente vorrebbe essere ospitato in via definitiva (struttura di preferenza come 1<sup>a</sup> scelta)
- barrare con la **"X"** tutte le eventuali altre RSA (strutture di 2<sup>a</sup> scelta) in cui l'utente sarebbe disposto ad essere ospitato in attesa della disponibilità della struttura di 1<sup>a</sup> scelta

### **2) DOVE PRESENTARE LA DOMANDA DI ISCRIZIONE IN LISTA D'ATTESA**

Si consiglia all'utente di consegnare la domanda cartacea o via mail presso la Fondazione che gestisce la RSA indicata come di preferenza (specificata con il numero **"1"**). Sarà cura della stessa Fondazione rendere visibile la documentazione alla altre RSA indicate come 2<sup>a</sup> scelta dall'utente sulla domanda (barrate con **"X"**)

### **3) COME AVERE INFORMAZIONI SULLA POSIZIONE IN GRADUATORIA NELLA LISTA D'ATTESA**

L'utente per avere informazioni sulla posizione della domanda in graduatoria deve contattare ogni singola Fondazione che ha indicato sulla domanda. Ognuna risponde solo per la propria graduatoria non avendo visibili quelle degli altri Enti. Il dato comunicato all'utente potrà variare **sia in positivo che in negativo** in base all'inserimento di ogni nuova domanda od aggiornamento effettuato sul portale in quanto la graduatoria è generata principalmente in base al punteggio sanitario e sociale. Per ulteriori informazioni sulle modalità di costruzione della graduatoria può essere consultato il protocollo siglato dalle Fondazioni con ATS Brescia e Comune di Brescia visibile sul sito di ogni Fondazione.

### **4) COME FARE IN CASO DI AGGRAVAMENTO DELLA SITUAZIONE**

L'utente deve consegnare un nuovo certificato medico aggiornato, sul modulo scaricabile dal sito Internet di ogni Fondazione, **solamente** presso la Fondazione che gestisce la RSA indicata come di preferenza (specificata con il numero **"1"**).

Eventuali variazioni della situazione sociale devono essere comunicate alla Fondazione che gestisce la RSA di preferenza.

Al riguardo si consiglia di richiedere la rivalutazione sanitaria e/o sociale solo in presenza di **variazioni significative**.

### **5) COSA SUCCEDDE IN CASO DI RIFIUTO ALL'INGRESSO IN RSA**

- se l'utente contattato rifiuta l'ingresso nella RSA indicata come di preferenza (specificata con il numero **"1"**), la domanda rimarrà attiva in lista d'attesa per quella struttura con l'azzeramento del solo punteggio d'anzianità maturato che causerà lo slittamento in graduatoria. La rinuncia comporterà però la chiusura automatica delle liste di tutte le altre RSA indicate come 2<sup>a</sup> scelta dall'utente sulla domanda (barrate con **"X"**)
- se l'utente contattato rifiuta l'ingresso in una delle RSA indicate come 2<sup>a</sup> scelta sulla domanda (barrate con **"X"**), la rinuncia comporterà solo la chiusura della lista d'attesa della singola struttura che ha dato la disponibilità all'ingresso senza causare alcuno slittamento in graduatoria per le altre liste, sia di 1<sup>a</sup> che di 2<sup>a</sup> scelta

### **6) COSA SUCCEDDE IN CASO DI INGRESSO NELLA RSA DI 2<sup>a</sup> SCELTA**

- se l'utente contattato entra in una RSA di 2<sup>o</sup> scelta resta in nota, se vuole, nella RSA indicata come 1<sup>o</sup> scelta. Il trasferimento presso la RSA di preferenza non potrà comunque avvenire prima di 3 mesi dall'ingresso nell'altra RSA.