

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA
RSA APERTA**



**All'Ente Gestore della RSA
FONDAZIONE SANT'ANGELA MERICI ETS**
VIA GRAMSCI 25 – 25015 DESENZANO DEL GARDA (BS)

DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI DELLA MISURA

Il Sig/La Sig.ra _____

(Cognome e Nome)

Data di nascita ____/ ____/ ____ Età ____ Luogo di nascita _____prov.(____)

Codice Fiscale: _____ Tessera Sanitaria _____

residente in _____prov. (____) CAP _____

via _____n° ____ Telefono: _____

e-mail _____

Compilare solo qualora il domicilio non coincida con la residenza

Comune di domicilio _____prov. (____) CAP _____

via e n° _____

DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA
(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

Cognome _____ Nome _____

residente in _____prov. (____)CAP _____

via _____n° ____ Telefono: _____

e-mail _____

CHIEDE

l'accesso alla valutazione prevista per la fruizione degli interventi offerti dalla **Misura RSA APERTA**.

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

1. di non beneficiare/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non beneficia di misure (compresa la presente) e/o interventi regionali incompatibili ovvero di rinunciarvi/rinuncerà al momento dell'attivazione di RSA APERTA;
2. di non fruire/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non fruisce di altri servizi/unità d'offerta semiresidenziali della rete sociosanitaria ;
3. di non avere in corso altre richieste per la misura RSA aperta

ALLEGA

- Certificazione diagnostica di demenza/Alzheimer (solo per persone affette da demenza);
- Copia del verbale di Invalidità Civile (per persone anziane non autosufficienti);
- Copia del documento di identità in corso di validità dell'interessato all'erogazione della misura;
- Copia del documento di identità in corso di validità di chi firma la domanda (se diverso dall'interessato al beneficio della misura);
- Copia dell'eventuale documentazione sanitaria e socio-sanitaria attestante le condizioni clinico-funzionali (solo se già posseduta);

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

- di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale (indicare relazione di parentela): _____
- di essere altro care giver (indicare legame con il richiedente: amico, conoscente, ...): _____
- di essere amministratore di sostegno del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)
- di essere tutore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina _____)
- di essere curatore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)

Luogo e data: _____

FIRMA

CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI)

Cognome _____ Nome _____

Le domande si riferiscono a Lei che assiste il suo congiunto malato; risponda segnando con una croce la casella che più si avvicina alla sua condizione o alla sua personale impressione.

0= per nulla 1=un poco 2=moderatamente 4=molto

CARICO OGGETTIVO

1. Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0	1	2	3	4
2. Il mio familiare è dipendente da me	0	1	2	3	4
3. Devo vigilarlo costantemente	0	1	2	3	4
4. Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	0	1	2	3	4
5. Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza	0	1	2	3	4

CARICO EVOLUTIVO

1. Sento che mi sto perdendo	0	1	2	3	4
2. Desidererei poter fuggire da questa situazione	0	1	2	3	4
3. La mia vita sociale ne ha risentito	0	1	2	3	4
4. Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	0	1	2	3	4
5. Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0	1	2	3	4

CARICO FISICO

1. Non riesco a dormire a sufficienza	0	1	2	3	4
2. La mia salute ne ha risentito	0	1	2	3	4
3. Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	0	1	2	3	4
4. Sono fisicamente stanca	0	1	2	3	4

CARICO SOCIALE

1. Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di solito	0	1	2	3	4
2. I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0	1	2	3	4
3. Ho avuto problemi con il coniuge	0	1	2	3	4
4. Sul lavoro non rendo come di consueto	0	1	2	3	4
5. Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0	1	2	3	4

CARICO EMOTIVO

1. Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	0	1	2	3	4
2. Mi vergogno di lui/lei	0	1	2	3	4
3. Provo del risentimento nei suoi confronti	0	1	2	3	4
4. Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0	1	2	3	4
5. Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0	1	2	3	4

Totale

/96

Data compilazione: _____

Operatore _____