

NOTIZIE INTEGRATIVE

Soggetto che usufruisce di Voucher:

- 1 - Sì
- 2 - No

Motivo della domanda:

- 1- Ha perso l'autonomia fisica;
- 2- La famiglia non è in grado di supportare l'ospite;
- 3- Vive solo/a;
- 4- L'alloggio non è idoneo;
- 5- Altro.

Provenienza Ospite:

- 1- Soggetto che accede alla struttura direttamente dal domicilio;
- 2- Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica;
- 3- Soggetto in dimissione da struttura sanitaria accreditata;
- 4- Soggetto in dimissione da Istituto di riabilitazione;
- 5- Soggetto in dimissione da altra struttura (Centro Diurno Integrato, ricovero a pagamento, ricovero di sollievo, emergenza o pronto intervento).

Situazione pensionistica:

- 0 - Nessuna pensione
- 1 - Anzianità/vecchiaia
- 2 - Sociale
- 3 - Tipologia speciale (guerra ecc.)
- 4 - Reversibilità
- 5 - Invalidità

Professione attuale:

- 1 - Svolge un lavoro retribuito - imprenditore
- 2 - Svolge un lavoro retribuito - dirigente
- 3 - Svolge un lavoro retribuito - impiegato, insegnante
- 4 - Svolge un lavoro retribuito - artigiano, coltivatore diretto, commerciante
- 5 - Svolge un lavoro retribuito - operaio, salariato agricolo, altro lavoratore
- 6 - Svolge un lavoro retribuito - lavorante a domicilio
- 7 - Svolge un lavoro retribuito - coadiuvante in azienda a conduzione familiare
- 8 - Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - casalinga
- 9 - Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - pensionato
- 10 - Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - invalido, inabile
- 11 - Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - disoccupato
- 12 - Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - altro
- 13 - Non ha mai svolto lavoro retribuito - scolaro, studente, bambino
- 14 - Non ha mai svolto lavoro retribuito - casalinga (anche se con pensione)
- 15 - Non ha mai svolto lavoro retribuito - in cerca di prima occupazione
- 16 - Non ha mai svolto lavoro retribuito - invalido, inabile
- 17 - Non ha mai svolto lavoro retribuito - altro

Il/la sottoscritto/a s'impegna fin d'ora al pagamento delle rette giornaliere in vigore al momento dell'effettivo ricovero e degli eventuali successivi aggiornamenti, entro i primi 10 giorni di ogni mese.

Indirizzo E-Mail.....

Altri recapiti telefonici.....

A.S.L. di competenza.....

Data,.....

Firma
