

## Modulo di richiesta per un alloggio assistito della fondazione SAWIA

### Persona richiedente

(si prega di riempire il modulo completamente e a stampatello)

Nome, Cognome	
Indirizzo	
Telefono privato	
Telefono lavoro	
Telefono mobil	
E-mail	
Tipo di relazione con la persona interessata	<input type="checkbox"/> interesse personale <input type="checkbox"/> figlio/ figlia <input type="checkbox"/> servizi sociali <input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> fratello/ sorella <input type="checkbox"/> nipote <input type="checkbox"/> medico di famiglia <input type="checkbox"/> curatore <input type="checkbox"/> Spitex <input type="checkbox"/> altro

### Dati personali della persona interessata

Nome, Cognome	
Indirizzo	
Telefono privato	
Data di nascita	
Stato civile	<input type="checkbox"/> sposato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> celibe/ nubile <input type="checkbox"/> divorziato/a
Confessione	<input type="checkbox"/> cattolica <input type="checkbox"/> evangelista <input type="checkbox"/> altra
Nazionalità	
N° AVS.	
Domicilio attuale	

## Livello di indipendenza

Attualmente indipendente, senza assistenza nel proprio appartamento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cura da parenti	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Assistenza da Spitex	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Servizio pasti a domicilio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Altra cura domestica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Se si, quale	
Mobilità	<input type="checkbox"/> Stampelle <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Sedia a rotelle
Ritmo giorno/notte normale	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Allergia ai gatti	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

## Medico di famiglia

Nome, Cognome	
Indirizzo	
Telefono	
Disposto a fare visite a domicilio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

## Assicurazione sanitaria

Nome	
Indirizzo	
Numero di telefono	
Numero di tessera	

## Ulteriori informazioni

Indirizzo dell'assicurazione responsabilità civile (obbligatorio)	
Indirizzo dell'assicurazione familiare (opzionale)	
Abiti / biancheria intima/ biancheria da letto già segnati con etichette	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

## Finanze

La persona interessata regola gli affari finanziari indipendentemente e senza aiuto (ed è destinatario/a delle fatture)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
---	---

Una persona di fiducia regola gli affari finanziari (Essa è destinatario/a delle fatture)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Nome, Cognome	
Indirizzo	
Telefono privato	
Telefono lavoro	
Telefono mobil	
E-mail	

La persona interessata riceve prestazioni complementari (Ergänzungsleistungen)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Se no: la richiesta è in corso	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
La persona interessata riceve prestazioni d'indennità (Hilflosenentschädigung)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Esistono direttive vincolanti del paziente (Patientenverfügung)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Esiste un mandato precauzionale (Vorsorgeauftrag)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

## Documentazione desiderata

La nostra documentazione si trova sul nostro sito ([www.sawia.ch](http://www.sawia.ch)). Se preferisce una documentazione cartacea, le spediamo volentieri una cartella.

Come è venuto a conoscenza della nostra fondazione?	<input type="checkbox"/> Wohnen im Alter <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Pflegezentren Zürich <input type="checkbox"/> Conoscenti <input type="checkbox"/> altro
Desidera cartella documentativa	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tedesco <input type="checkbox"/> Italiano
Indirizzo per l'invio della cartella documentativa	

## Visita di un alloggio assistito

Se desidera visitare uno dei nostri alloggi assistiti senza impegno, la preghiamo di scegliere fra gli alloggi sottostanti. La contatteremo il prima possibile, dopo aver ricevuto la sua richiesta.

Alloggio desiderato	<input type="checkbox"/> Eyhof <input type="checkbox"/> A-Park <input type="checkbox"/> Sonnengarten <input type="checkbox"/> Schneebeliweg <input type="checkbox"/> Oasi (ital.) <input type="checkbox"/> Oasi due (ital.)
---------------------	---

## Documentazione necessaria per l'annuncio

Con il modulo di richiesta è necessario presentare la seguente documentazione	<input type="checkbox"/> rapporto del medico curante (obbligatorio)
	<input type="checkbox"/> rapporto dell'ospedale/ della Spitex/ della casa di cura (obbligatorio)
	<input type="checkbox"/> dichiarazione fiscale <input type="checkbox"/> disposizione per prestazioni complementari (obbligatorio)
	<input type="checkbox"/> mandato precauzionale e/o <input type="checkbox"/> direttive vincolanti del paziente (se esistenti)

SAWIA è obbligata al trattamento confidenziale delle informazioni fornite.

Avvertiamo, che solo dopo aver esaminato tutta la documentazione richiesta, si decide se l'interessata verrà inserita nella lista d'attesa. Verrà informata per iscritto.

Eingangsdatum:		Visum SAWIA:	
----------------	--	--------------	--