

## RICHIESTA DI ACCESSO/PROROGA AI SERVIZI SOCIOSANITARI INTEGRATI da consegnare alla PUA

**Al Direttore del  
 Distretto Socio Sanitario di Bari**

Il/la Richiedente _____	
Nato/a _____	il _____
Residente a _____	Prov. _____ Via _____ N. _____ CAP _____
C.F. _____	Tel. _____ Cell. _____
Domiciliato (se diverso dalla residenza) a _____	Via _____ N. _____
Tel. _____	Cell. _____
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Stato civile _____

### CHIEDE

<input type="checkbox"/> per se stesso	<input type="checkbox"/> in qualità di familiare	<input type="checkbox"/> in qualità di amministratore di sostegno
<input type="checkbox"/> in qualità di tutore	<input type="checkbox"/> in qualità di persona che firma per impedimento temporaneo dell'avente diritto (art.4 DPR 445/2000) e s. m. i.	
Del/la Sig./ra _____		grado di parentela _____
Nato/a _____	Prov. _____	Il _____
Residente a _____	Prov. _____	Via _____ n. _____
Domiciliato (se diverso dalla residenza) a _____	Via _____	n. _____
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Stato civile _____	C.F. _____
Tel. _____	Cell. _____	

- PRIMA RICHIESTA       PROROGA       DIMISSIONE PROTETTA
- ADI       Cure Palliative ( ASSOCIAZIONE \_\_\_\_\_ )
- RSA \_\_\_\_\_       RSA N.A. \_\_\_\_\_
- RSSA Disabili \_\_\_\_\_       RSSA Anziani \_\_\_\_\_
- Centro Diurno (Disabili) \_\_\_\_\_       Centro Diurno (Demenze) \_\_\_\_\_
- Frequenza gg \_\_\_\_\_ Pranzo SI NO      Trasporto SI NO      Orario \_\_\_\_\_
- HOSPICE \_\_\_\_\_       Dopo di Noi \_\_\_\_\_       Casa per la vita \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

**Allega la seguente proposta di ricovero/assistenza domiciliare redatta :**

- dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta dr.ssa/dr. \_\_\_\_\_
- dal Dirigente della U. O. \_\_\_\_\_ Ospedale \_\_\_\_\_ dott.ssa/dr. \_\_\_\_\_
- dai Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_

**Allega la seguente documentazione :**

- Dettagliata relazione medica sulle patologie di cui è affetto/a o cartellino di dimissione ospedaliera ed eventuale piano terapeutico e/o riabilitativo in atto
- Fotocopia del documento di riconoscimento e codice fiscale dell'avente diritto e del richiedente
- La DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE ordinario dell'avente diritto
- La DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria erogate in ambiente residenziale, con componente aggiuntiva dei figli, ai sensi del DPCM. n. 159/2013, art. 6 comma b)
- La DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE dell'avente diritto per altre prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria
- La DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE minorenni per figli di genitori non conviventi dell'avente diritto

**Informato sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e delle leggi speciali in materia, nonché sulle conseguenze previste dall'art.75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera il richiedente, sotto la propria responsabilità dichiara, ai sensi degli artt. 4, 5, 46, 47 del DPR 455/2000 e s.m.i. di essere:**

- invalido civile al \_\_\_\_\_% con/senza assegno di accompagnamento
- titolare di pensione sociale
- privo di alcun reddito personale
- di impegnarsi al pagamento della quota sociale di compartecipazione
- di NON essere in grado di far fronte al pagamento della quota sociale di compartecipazione
- di avvalersi dei Buoni Servizio di Conciliazione della Regione Puglia e di impegnarsi a versare, per i servizi semiresidenziali (Centri Diurni artt. 60 e 60 ter RR 4/2007) la quota fissa pari ad € 50,00 mensili e la quota variabile aggiuntiva determinata in base al valore dell'ISEE ordinario, da pagare direttamente al soggetto gestore dell'Unità di Offerta prescelta
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'avente diritto \_\_\_\_\_

Firma del richiedente (curatore, tutore o altro specificare .....)

Firma del richiedente che firma per impedimento temporaneo dell'avente diritto (art. 4 DPR 445/2000): \_\_\_\_\_

**Autorizza :**

- Si  No Il trattamento dei propri dati ai sensi delle normative vigenti
- Si  No Il trattamento dei propri dati per scopi di ricerca statistica e scientifica
- Si  No L'ASL BA a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Distretti S.S., Comune, Provincia, Regione) i dati strettamente necessari per la soluzione di specifici problemi socio-sanitari che riguardano l'interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di assistito presso la struttura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)