

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
Distretto Socio Sanitario Uno
 Ambito Territoriale
 Comune di Giovinazzo - Comune di Molfetta

Spett. le **Unità di Valutazione Multidimensionale**
 Distretto Socio Sanitario Uno – Giovinazzo/Molfetta

Assistenza Residenziale e Semiresidenziale

RICHIESTA

Il/la sottoscritto/a		Nato/a		Prov.	il
Residente a		Prov.	Via	n.	CAP
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Stato civile	C. F.		Tel.
<input type="checkbox"/> Per Se stesso		<input type="checkbox"/> In qualità di Amministratore di Sostegno			
<input type="checkbox"/> In qualità di Tutore		<input type="checkbox"/> Altro (specificare)			
Del/la Sig./ra		Grado di parentela		Nato/a	Prov.
il	Residente a	Prov.	Via	n.	
Domiciliato (se diverso dalla residenza) a			Prov.	Via	n.
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Stato civile	C. F.		Tel.

CHIEDE

L'accesso in Struttura Semiresidenziale		<i>è possibile indicare la/le sede/i di preferenza</i>
<input type="checkbox"/> Centro diurno Socio-Educativo e Riabilitativo (art. 60 R. R. n. 4/07 e s.m.i.)		
<input type="checkbox"/> Centro diurno per soggetti affetti da demenza (art. 60 ter R. R. n. 4/07 e s.m.i.)		
La proroga di accesso in Struttura Semiresidenziale		<i>è possibile indicare la/le sede/i di preferenza</i>
<input type="checkbox"/> Centro diurno Socio-Educativo e Riabilitativo (art. 60 R. R. n. 4/07 e s.m.i.)		
<input type="checkbox"/> Centro diurno per soggetti affetti da demenza (art. 60 ter R. R. n. 4/07 e s.m.i.)		

L'ospitalità in Struttura Residenziale		<i>è possibile indicare la/le sede/i di preferenza</i>
<input type="checkbox"/> Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) - Nucleo ordinario (R. R. n. 8/02)		
<input type="checkbox"/> Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) - Nucleo Alzheimer (R. R. n. 8/02)		
<input type="checkbox"/> Comunità alloggio "Dopo di noi" (art. 55 R. R. n. 4/07 e s.m.i.)		
<input type="checkbox"/> Comunità socio-riabilitativa "Dopo di Noi" (art. 57 R. R. n. 4/07 e s.m.i.)		
<input type="checkbox"/> Residenza Socio Sanitaria Assistenziale (RSSA) - Disabili (art. 58 R. R. n. 4/07 e s.m.i.)		
<input type="checkbox"/> Residenza Socio Sanitaria Assistenziale (RSSA) - Anziani (art. 66 R. R. n. 4/07 e s.m.i.)		
<input type="checkbox"/> Casa per la vita (art. 70 R. R. n.4/07 e s.m.i.)		
La proroga dell'ospitalità in Struttura Residenziale		<i>è possibile indicare la/le sede/i di preferenza</i>
<input type="checkbox"/> Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) - Nucleo ordinario (R. R. n. 8/02)		
<input type="checkbox"/> Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) - Nucleo Alzheimer (R. R. n. 8/02)		
<input type="checkbox"/> Comunità alloggio "Dopo di noi" (art. 55 R. R. n. 4/07 e s.m.i.)		
<input type="checkbox"/> Comunità socio-riabilitativa "Dopo di Noi" (art. 57 R. R. n. 4/07 e s.m.i.)		
<input type="checkbox"/> Residenza Socio Sanitaria Assistenziale (RSSA) - Disabili (art. 58 R. R. n. 4/07 e s.m.i.)		
<input type="checkbox"/> Residenza Socio Sanitaria Assistenziale (RSSA) - Anziani (art. 66 R. R. n. 4/07 e s.m.i.)		
<input type="checkbox"/> Casa per la vita (art. 70 R. R. n.4/07 e s.m.i.)		

Il richiedente avente diritto/**per** l'avente diritto, sotto la propria responsabilità, dichiara di essere:

- Invalido civile al _____% con/senza assegno di accompagnamento
- Titolare di pensione sociale
- Privo di alcun reddito personale
- Altro (specificare) _____

Allega PROPOSTA di accesso / ospitalità / proroga redatta da:

- Medico di Medicina Generale dott.ssa/dott. _____
- Dirigente della U.O. ospedaliera _____ dott.ssa/dott. _____
- Dirigente del Servizio Territoriale _____ dott.ssa/dott. _____
- Servizio Sociale del Comune di _____

Al riguardo si esibisce la seguente documentazione:

- Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano (S.VA.M.A.)
 - Valutazione sanitaria
 - Valutazione sociale
 - Valutazione cognitivo-funzionale
- Relazione medica sulle patologie possedute ed eventuale piano terapeutico e riabilitativo in atto
- Relazione medico-specialistica che attesti la stabilizzazione delle patologie psichiatriche ed indichi il piano terapeutico e riabilitativo in atto (*riservata a persona adulta/anziana portatrice di disturbi psichiatrici stabilizzati*)
- Copia fotostatica del cartellino di dimissione e/o della cartella clinica (in caso di Dimissione Protetta)
- Relazione del Servizio Sociale del Comune di residenza
- Fotocopia del documento di riconoscimento e codice fiscale dell'avente diritto e del richiedente

Autorizza:

- Si No Il trattamento dei propri dati ai sensi del Testo Unico sulla privacy D. Lgs n. 196/2003
- Si No L'ASL BA a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Distretto Socio Sanitario, 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.

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*): _____

Dichiara inoltre di:

- Essere** in grado di far fronte al pagamento della quota del _____ % di compartecipazione alla diaria di ricovero, in modo diretto o tramite i familiari tenuti all'obbligo, secondo le normative vigenti.

Data _____ Firma _____

- NON essere** in grado di far fronte al pagamento della quota del _____ % di compartecipazione alla diaria di ricovero, in modo diretto o tramite i familiari tenuti all'obbligo, secondo le normative vigenti. Al riguardo, allega la seguente documentazione l'autocertificazione dei redditi (ricavabili dalle dichiarazioni IRPEF dell'anno precedente) della persona destinataria della prestazione e dell'intero nucleo familiare (in caso di convivenza).

Data _____ Firma _____