

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

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

## 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

<b>L'accesso in Struttura Semiresidenziale</b>		<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.)		
<b>La proroga di accesso in Struttura Semiresidenziale</b>		<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.)		

<b>L'ospitalità in Struttura Residenziale</b>		<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.)		
<b>La proroga dell'ospitalità in Struttura Residenziale</b>		<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 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 e 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 \_\_\_\_\_