

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
Provincia di Bari

Distretto Socio Sanitario Uno

Via Provinciale per Terlizzi, Presidio Ospedaliero
70056 Molfetta (BA) - Tel. 080 3357682

Mail: dss.molfetta@asl.bari.it

PEC: distretto1.aslbari@pec.rupar.puglia.it

Ambito Territoriale
Comune di Molfetta - Comune di Giovinazzo

alla c.a. del Direttore
Distretto Socio Sanitario Uno
Giovinazzo - Molfetta
ASL Bari

**RICHIESTA DI RICOVERO / FREQUENZA IN STRUTTURA (ex R.R. 4/2007 e R.R. 8/2002)
O DI CURE DOMICILIARI**

Il/la sottoscritto/a		Nato/a		Prov.	il
Residente a		Prov.	Via	n.	CAP
C. F.		Tel. / Cell		Mail / PEC	
CHIEDE					
<input type="checkbox"/> per se stesso		<input type="checkbox"/> in qualità genitore		<input type="checkbox"/> in qualità di Amministratore di Sostegno	
<input type="checkbox"/> in qualità di Tutore		<input type="checkbox"/> che firma per impedimento temporaneo dell'avente diritto (art. 4 DPR 445/2000)			
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.	

<input type="checkbox"/> di essere accolto in Struttura _____ ex art. _____ Reg. Reg. n.4/2007
<input type="checkbox"/> di essere accolto in Struttura RSA (Reg. Reg. n.8/2002)
<input type="checkbox"/> di essere assistito /curato al proprio domicilio

in quanto affetto da patologie croniche, non in grado di condurre una vita autonoma e non assistibile a domicilio.

Il richiedente, 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 la seguente proposta di ricovero /assistenza domiciliare redatta:

- dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta dott.ssa/dott. _____
- dal Dirigente della U.O. ospedaliera _____ dott.ssa/dott. _____
- dal Dirigente del Servizio Territoriale _____ dott.ssa/dott. _____
- dai Servizi Sociali del Comune di _____

Al riguardo, allega la seguente documentazione:

- Dettagliata relazione medica sulle patologie di cui è affetto/a o cartellino di dimissione (in caso di Dimissione Protetta) ed eventuale piano terapeutico, farmacologico 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*)
- Fotocopia del documento di riconoscimento e codice fiscale dell'avente diritto e del richiedente

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: (barrare e sottoscrivere esclusivamente l'ipotesi selezionata)

- Essere** in grado di far fronte al pagamento della quota del _____ % di compartecipazione alla diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare

Data _____ Firma _____

- NON essere** in grado di far fronte al pagamento della quota del _____ % di compartecipazione alla diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare. Per persone con handicap permanente grave di cui all'art.3, comma 3, della legge 104/92, accertato ai sensi dell'art. 4 della stessa legge, nonché per le persone ultra 65enni in condizione di accertata non autosufficienza fisica o psichica, la situazione economica è riferita al solo soggetto destinatario della prestazione e tenuto alla partecipazione ai costi della prestazione (*BURP n.58 / 2012 - R.R. n.7 / 2012, art.1*). La compartecipazione (dell'ente) al costo dei servizi residenziali (a ciclo continuativo) per utenti non autosufficiente è determinata al netto delle indennità percepite dal richiedente, che concorrono, in via prioritaria, al pagamento della retta di ricovero. Per i servizi a ciclo diurno e per i servizi domiciliari l'ISEE è criterio di compartecipazione al costo dei servizi. (*BURP n.51 / 2015 - R.R. n.11 / 2015, art.6 Comma 5 e 6*)

Data _____ Firma _____

Autorizza:

- Si No Il trattamento dei propri dati ai sensi del Testo Unico sulla privacy D. Lgs n. 196/2003
- 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 (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 presso la struttura _____

Data _____ Firma _____

(firma del richiedente)