

ALL'UNITÀ DI VALUTAZIONE TERRITORIALE Distretto di _____

AL SERVIZIO SOCIALE COMUNE di _____

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE per

INSERIMENTO IN CURE DOMICILIARI INTEGRATE

INSERIMENTO IN RSA RSA scelta: _____

INSERIMENTO IN TRATTAM. RIABILITATIVO Centro di Riabil. scelto _____

INSERIMENTO IN "COMUNITA' INTEGRATA"

ATTIVAZIONE PROGRAMMA "RITORNARE A CASA"

1) Dati riferiti alla persona di cui si chiede l'inserimento

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____, ___/___/___ residente a _____

via _____ n° _____ CAP _____ tel _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nominativo del medico di medicina generale _____

2) Dati del richiedente:

Diretto Interessato (si vedano di dati del punto 1)

Parente (indicare i dati del parente) Rapporto di parentela _____

Cognome _____ Nome _____ tel _____

residente a _____ via _____ n° _____ CAP _____

Medico curante Dr. _____

Assistente sociale Comune _____

Se la richiesta di inserimento è presentata da persona diversa dall'interessato o da un parente responsabile, il richiedente dovrà obbligatoriamente ottenere il consenso preventivo all'inserimento da parte di questi ultimi.

data ____/____/____ Firma del richiedente _____

1) Ai sensi del DPR 29.11.2001 e della DGR 10/24 del 25.06.2006 il pagamento della quota sociale è a carico dell'assistito /comune viene fissato per la RSA nella misura di Euro 64,00 (per i profili 1, 2,3,4,5) e Euro 59,00 (per i profili 6,7,8,9), e per il CDI nella misura di Euro 32,00 (per i profili 1, 2,3,4,5) e Euro 29,50 (per i profili 6,7,8,9)

2) Allegare alla richiesta una relazione sanitaria compilata dal medico curante contenente stato clinico, stato funzionale ed eventuali motivazioni sociali.

Acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all'inserimento in RSA/CDI, con le modalità di cui al D. Lgs 196/2003 e alla comunicazione degli stessi agli enti socio sanitari interessati.

data ____/____/____ Firma _____