

**DOMANDA D'INGRESSO IN R.S.A.
PER RICOVERO TEMPORANEO DI SOLLIEVO**

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ Età _____
Residente a _____ in Via _____ n° _____
Prov. _____ C.A.P. _____ Recapito Telefonico _____
Domicilio (solo se diverso dalla residenza) _____
Carta Regionale dei Servizi _____ C.F. _____
Medico di Assistenza Primaria _____ Tel _____

CHIEDE DI ESSERE INSERITO TEMPORANEAMENTE IN R.S.A

PERIODO DI PREFERENZA: DAL _____ AL _____

STRUTTURA/E DI PREFERENZA (barrare una o più caselle):

- CIVIDATE AL PIANO (Fondazione DON CIRIACO VEZZOLI)
- FONTANELLA (Fondazione DOMUS EDERA)

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

- di essere a conoscenza che periodo e strutture indicati come preferenza potranno variare in base alla disponibilità dei posti letto, previo accordo tra le parti interessate;
- di impegnarsi a rispettare gli accordi stabiliti al momento dell'ingresso in termini di corresponsione della retta alla R.S.A e di periodo (ingresso/dimissioni) del ricovero temporaneo di sollievo;
- di essere a conoscenza che, in caso di rinuncia al ricovero temporaneo di sollievo nei 3 giorni precedenti la data concordata per l'ingresso, dovrà essere corrisposta comunque la retta alla RSA relativa a 3 giornate;
- di essere a conoscenza di dover corrispondere la retta alla RSA per i sette giorni successivi alla data di dimissione del paziente nel caso di dimissioni anticipate;
- di essere a conoscenza che il mantenimento del posto letto di sollievo è finanziato dal Buono Sociale Care Giver (Misura B2 - Fondo per le Non Autosufficienze) a favore delle persone con disabilità grave o in condizioni di non autosufficienza, erogato dall'ASC Solidalia direttamente alla R.S.A., finalizzato a compensare le prestazioni/spese assicurate dal care giver familiare e per il quale si è in possesso dei requisiti richiesti;

- di far riferimento ai sottoindicati familiari, indicando per primo il care giver familiare principale:

Cognome e Nome	Grado di Parentela	Comune di residenza	Recapito telefonico

- preso atto dell'informativa ai sensi del Regolamento UE 679/2016 "Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali", secondo la quale il trattamento è indispensabile ai fini della gestione la lista d'attesa per i ricoveri temporanei ed è realizzato dal personale della ASC e delle RSA convenzionate anche con l'utilizzo di mezzi elettronici, di acconsentire a tale trattamento.

DATA

FIRMA DELL'INTERESSATO

FIRMA DEL FAMILIARE

.....

- La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio, o in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare se ricorre questo caso)
- La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare se ricorre questo caso)

Indicare i dati anagrafici della persona che dichiara nell'interesse del soggetto impedito/incapace:

Cognome e Nome grado di parentela.....

Luogo/data di nascitaComune di residenza

Indirizzo e n. civico..... n. tel.....

Sono parte integrante della presente domanda:

1. La scheda Sociale (All. A) compilata dai Servizi Sociali del Comune o da un familiare
2. La scheda Sanitaria (All. B) compilata dal Medico di Assistenza Primaria o da un Medico Ospedaliero
3. Le scale ADL/IADL (All.C) compilate dall'Assistente Sociale

ACCETTAZIONE DELLA RICHIESTA

Spazio riservato all'Azienda Speciale Consortile SOLIDALIA

Data di Ingresso _____ Data di Dimissione _____

R.S.A. _____

Romano di L.dia, _____

*Il Referente Area Anziani ASC SOLIDALIA
Assistente Sociale Mara Lorenzi*
