

**UOC DIREZIONE TERRITORIALE - UOS STRUTTURA DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA****DOMANDA DI VALUTAZIONE
PER L'ACCESSO ALLA MISURA DELLA RESIDENZIALITA' ASSISTITA E PER RELIGIOSI
DGR 7769/2018 e DGR 4086/2015 e s.m.i.**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) CAP _____

Via/p.za _____ n° _____

In qualità di:

 DIRETTO INTERESSATO FAMILIARE (indicare grado di parentela) _____ TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (provvedimento nomina _____) ALTRO _____

del/la sig./sig.ra

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) CAP _____

Via/p.za _____ n° _____

MMG (nominativo e telefono) _____

che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano esclusivamente con:

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela _____

telefono _____ cell. _____

indirizzo e-mail _____

CHIEDE

di essere sottoposto a valutazione per le misure previste per gli interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili (DGR 7769/2018 e DGR 4086/2015 e s.m.i.)

- Misura - Residenza assistita
- Misura - Residenza assistita per religiosi

DICHIARA

✓ Di essere in carico all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): SI NO

Se SI, specificare: Ente Erogatore _____

✓ Di essere in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare del Comune (SAD): SI NO

Se SI, specificare: numero di accessi settimanali _____

Assistente Sociale di riferimento (nominativo, telefono) _____

✓ Di essere inserito in un'unità d'offerta socio-sanitaria: SI NO

Se SI, specificare: CDD CDI Hospice CSS RSA RSD altro _____

✓ L'assistenza è garantita da:

familiare (nominativo, grado di parentela, telefono) _____

non familiare: assistente personale a tempo pieno

assistente personale tempo parziale: ore giornaliere _____

✓ La sorveglianza nelle 24 ore è garantita da:

familiare (nominativo, grado parentela, telefono) _____

non familiare: assistente personale a tempo pieno

assistente personale tempo parziale: ore giornaliere _____

professionisti sanitari: Medico di Medicina Generale Pediatra di Libera Scelta

altro _____

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che l'ASST ed il Comune, ai sensi dell'art.71 del d.p.r. 28/12/2000 n.445, potranno procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n.445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art.75 del sopra citato D.P.R. n.445/2000.

Data ___/___/___

Firma _____

ALLEGA

Autorizzazione al trattamento dei dati sensibili e Informativa ai sensi della Legge sulla Privacy

Copia documento d'identità e del codice fiscale dell'interessato e del dichiarante (se diverso dall'interessato)

Verbale d'invalidità

Documentazione sanitaria