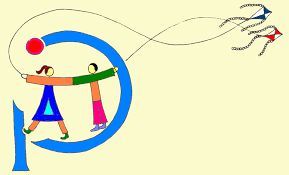
** **

# PIANO SOCIALE DI ZONA

# Ambito Territoriale “Alto Tavoliere”

**Capofila: Comune di San Severo**

Apricena - Chieuti - Lesina- Poggio Imperiale

San Paolo di Civitate - Serracapriola - Torremaggiore

**A) MODULO A: Scheda di accesso**

**DOMANDA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIOSANITARI INTEGRATI**

Alla Responsabile Ufficio di Piano

Ambito Territoriale “Alto Tavoliere”

Dott.ssa Lucia di Fiore

SAN SEVERO

Al Direttore del

Distretto Socio-Sanitario n. 51 A.S.L.FG

SAN SEVERO

Il/La Richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale **□□□□□□□□□□□□□□□□**

Residente in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cap.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliato (se diverso dalla residenza) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_\_\_Tel./ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sesso: M □ F □ Stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc..) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):***

Il Sig./La Sig.ra

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□

Residente in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cap.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel./ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di:

* *rappresentante legale del richiedente (specificare)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

* *persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere*

*(specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**TIPO DI PRESTAZIONE RICHIESTA**:

□ Domiciliare (ADI art. 88 del R.R. n. 4/2007)

□ Semiresidenziale (artt. 60 -60ter )

Altro □

(specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MMG/PLS dell’utente**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Studio medico, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Citta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Altro Medico Proponente:** (specificare nome e cognome, struttura di appartenenza.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel/fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In caso di urgenza contattare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consenso informato**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di (specificare)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

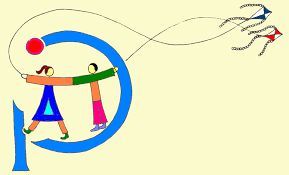
**autorizza** il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s. m. i.

SI □ NO □

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega la seguente documentazione:

* Modulo B;
* Documento di riconoscimento e codice fiscale del richiedente e del beneficiario;
* Verbale d’invalidità e della legge 104/92 (se in possesso);
* Autocertificazione dello stato di famiglia;
* Modello ISEE;
* Altra documentazione sanitaria.

** **

# PIANO SOCIALE DI ZONA

# Ambito Territoriale “Alto Tavoliere”

**Capofila: Comune di San Severo**

Apricena - Chieuti - Lesina- Poggio Imperiale

San Paolo di Civitate - Serracapriola - Torremaggiore

**MODULO B:**

RICHIESTA DI RICOVERO IN STRUTTURA ( EX R.R. n.4/2007 e R.R. n 8/02) O DI CURE DOMICILIARI

BUONI SERVIZIO DISABILI E ANZIANI NON AUTIOSUFFICIENTI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Al Direttore del |  |  |
|  | Distretto Socio-Sanitario n. 51/ASL FG | |  |
|  |  | |  |
|  |  |  |  |
| \_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ | ................................................................................................................................................................... |  |  |
| nat\_ ...................................................................................................................... | Prov. (................... | ), il ................................................ |  |
| residente a ...................................................................................................................................... |  | CAP ............................................. | , |
| Via ................................................................................................................................................................ |  | n. ..................................... |  |
| Codice Fiscale ...................................................................................................... | , |  |  |

tel. ......................................................................................

**C H I E D E**

per se stesso:

in qualità di rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc..) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (art. 4 DPR 445/2000) | | |  |  |  |
| Sig/Sig.ra. | ............................................................................................ |  |  |  |  |
| (grado di parentela ........................................................................... | |  | ), |  |  |
| nato/a ....... | il ............................. | a | ............................................................................................ | (.............. | ) e residente nel |
| Comune |  | di | ................................................................................... |  | Via |
| .............................................................................. |  |  | n. | . |  |
| Codice Fiscale ............................................................................................ | |  |  |  |  |

* di essere accolto in struttura (Centro Diurno Alzhaimer, Centro Diurno Disabili- R.R.n.4/2007)
* di essere assistito/curato al proprio domicilio in quanto affetto da patologie croniche, non in

grado di condurre vita autonoma e non assistibile a domicilio

* di usufruire del Buono Servizio per Disabili e Anziani non Autosufficienti

**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 redatta:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dal | Medico | di | Medicina | Generale | /Pediatra | di | Libera | Scelta | Dott. | |
| ...................................................................................... | | | | |  |  |  |  |  |  |
| dal Dirigente dell’U.O. territoriale .................................... | | | |  | Dott. .......................................... | | | |  |  |
| dal | Dirigente | della | U.O.ospedaliera Dott. | | ............................................... | | | Ospedale | | di |
| ..................................... |  |  | (in caso di dimissione) | |  |  |  |  |  |  |
| 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 ospedaliera) ed eventuale piano terapeutico, farmacologico e riabilitativo in atto.

**Dichiara inoltre di:** *(Barrare e sottoscrivere esclusivamente l’ipotesi selezionata)*

Essere in grado di fare fronte al pagamento della quota sociale dell’assistenza domiciliare in modo diretto o tramite i familiari tenuti all’obbligo degli alimenti.

............................................ lì .......................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del richiedente)

**NON** essere in grado di fare fronte al pagamento della quota del \_\_\_\_ % della diaria di ricovero

o della quota sociale dell’assistenza domiciliare.

........................................... lì .......................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del richiedente)

**Autorizza:**

il trattamento dei propri dati ai sensi del T. U. sulla privacy D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i.; il trattamento dei propri dati per scopi di ricerca statistica e scientifica;

la ASL \_\_\_\_\_ a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Comune, Provincia, Regione, Distretti S. S.) i dati strettamente necessari per la soluzione di specifici problemi sociosanitari che riguardano l’interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di assistito presso la struttura \_\_\_\_\_\_.

........................................... lì .......................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del richiedente)