

ASL BA

REGIONE PUGLIA

Distretto Socio Sanitario n.° 11 – Mola di Bari – Rutigliano - Noicattaro

RICHIESTA DI ACCESSO

ai servizi socio-sanitari residenziali, semiresidenziali e domiciliari

I/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. (____) il _____ residente a _____ CAP _____
a _____ n.° _____ Tel. _____ Cod. Fiscale _____

CHIEDE

☐ Per se stesso

☐ In qualità di: ☐ tutore e/o curatore ☐ altro _____

I/la sig./ra _____ (parentela) _____
to/a a _____ il _____ residente a _____ CAP _____
_____ n.° _____ Tel. _____ Cod. Fiscale _____

A.G. Dr. _____

Ai sensi del Regolamento Regionale n.° 4/2007

☐ Ingresso

☐ Proroga

Al seguente servizio socio-sanitario:

IRSA ☐ Residenza protetta (RSSA) ☐ Nucleo Alzheimer ☐ Centro Diurno Demenze
Centro Diurno socio-riabilitativo ☐ Cure Domiciliari ☐ Altro _____

(N.B. L'opzione prescelta deve corrispondere a quanto espresso nella allegata Proposta di Ricovero)

engono di seguito indicate le Strutture di preferenza:

) _____ B) _____

richiedente, sotto la propria responsabilità, dichiara che il destinatario dell'intervento è:

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 redatta da:

- ☐ Medico di Medicina Generale Dott. _____
- ☐ Dirigente della U.O. Ospedaliera _____ Dott. _____
- ☐ Dirigente del Servizio Territoriale _____ Dott. _____
- ☐ Servizio Sociale del Comune di _____

Al riguardo allega la seguente documentazione:

- o Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano (SVAMA)
 - ☐ Parte Sanitaria ☐ Parte Sociale
- o Relazione medica sulle patologie possedute ed eventuale piano terapeutico e riabilitativo in atto
- o Copia conforme del cartellino di dimissione e/o della cartella clinica (in caso di dimissione ospedaliera)
- o Relazione del servizio Sociale del Comune di residenza

Autorizza

- ☐ Si ☐ No Il trattamento dei propri dati ai sensi del T.U. sulla privacy D. Lgs. 196/2003
- ☐ Si ☐ No Il trattamento dei propri dati per scopi di ricerca statistica e scientifica
- ☐ Si ☐ No La ASL BA a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Comune, Provincia; Regione Distretto S.S.) 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 RSA/Residenza Protetta.

Note:

Data _____

Firma _____

Dichiara inoltre di:

- ☐ Essere in grado di far fronte al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa, in modo diretto o tramite i familiari tenuti all'obbligo, secondo le normative vigenti.

Data _____

Firma _____

- ☐ NON essere in grado di far fronte al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa, in modo diretto o tramite i familiari tenuti all'obbligo, secondo le normative vigenti.

Al riguardo allega la seguente documentazione:

- o Autocertificazione dei redditi (ricavabili dalle dichiarazioni IRPEF dell'anno precedente) della persona da ricoverare e dell'intero nucleo familiare (in caso di convivenza);
- o Impegno del Comune di residenza a sostenere la quota di compartecipazione alla spesa di cui sopra.

Data _____

Firma _____



Spett.le

Unità Valutativa Multidimensionale

Distretto Socio-Sanitario n.° 11

PROPOSTA DI ACCESSO

Ai servizi socio-sanitari residenziali, semiresidenziali e domiciliari

Il sottoscritto:

- ☐ Medico di Medicina Generale Dott. _____
- ☐ Dirigente della U.O. Ospedaliera _____ Dott. _____
- ☐ Dirigente del Servizio Territoriale _____ Dott. _____
- ☐ Servizio Sociale del Comune di _____ Dott. _____

Per il/la paziente

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ Tel. _____

Familiare di riferimento _____

Certifica la presenza delle seguenti condizioni:Grado di autosufficienza: ☐ Non autosufficiente ☐ Parzialmente autosufficientea- Non autosufficienza in: ☐ igiene personale ☐ Mangiare ☐ Vestirsi ☐ Toilette ☐ Continenzab- Mobilità: ☐ Cammina autonomamente ☐ Cammina con ausilio ☐ Cammina con assistenza
☐ Seduto su carrozzina ☐ Allettato

Problemi/patologie prevalenti: _____

Trattamento farmacologico in atto: _____

o Sondino naso-gastrico o Ossigenoterapia o Ventilazione meccanica o Stomie

o Altro

Propone Ai sensi del Regolamento Regionale n.° 4/2007

☐ Ingresso

☐ Proroga

Al seguente servizio socio-sanitario:

☐ RSA ☐ Residenza Protetta (RSSA) ☐ Nucleo Alzheimer ☐ Centro Diurno Demenze

☐ Centro Diurno socio-riabilitativo ☐ Cure Domiciliari ☐ Altro

Obiettivo della proposta

In caso di dimissione ospedaliera protetta con procedura d'urgenza: ☐ SI ☐ NO

(se si) Si dichiara che il/la paziente:

☐ presenta condizioni cliniche stabilizzate

☐ necessita di dimissione ospedaliera protetta con assistenza in regime
O residenziale O domiciliare

Si allega SVAMA (☐ parte sanitaria ☐ parte cognitiva/funzionale)

Note

Data

Firma

Visto il M.M.G. (se diverso dal proponente) Dott.

Indirizzo

Tel.

Note: