

MODULO B

**DOMANDA DI AMMISSIONE
 ALLA RETE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIO
 SANITARIA TERRITORIALE**

PROT. ASL 2 Savonese

del ____/____/____

n° _____

Il sottoscritto _____

In qualità di:

Diretto interessato

Altro (precisare) _____

Chiede

Per il Sig./ra _____

nato/a a _____ il ____/____/____ stato civile _____

residente a _____ via _____ n° _____ tel. _____

Attualmente: Domiciliato* a _____ via _____ n° _____ tel. _____

*quando diverso
dalla residenza

Ricoverato c/o Struttura / Ospedale _____ (reparto _____)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli art. 75-76 DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono veritieri e completi e si impegna a comunicarne tempestivamente ogni variazione.

l'accesso alla rete dei Servizi Socio Sanitari Territoriali:

<input type="checkbox"/> Ricovero in R.S.A. Tipologia di ricovero: postacuto-riabilitativo e/o sollievo <input type="radio"/> Distretto Albenganese (RSA Alassio) <input type="radio"/> Distretto Finalese (RSA Finale) <input type="radio"/> Distretto Valbormidese (RSA Millesimo) <input type="radio"/> Distretto Savonese <input type="checkbox"/> RSA Varazze <input type="checkbox"/> La Gioiosa <input type="checkbox"/> Santuario <input type="checkbox"/> Nucleo Demenze Ferrero	<input type="checkbox"/> Ricovero in R.S.A. Tipologia di ricovero: mantenimento <input type="radio"/> Distretto Finalese RSA Finale <input type="radio"/> Distretto Savonese <input type="checkbox"/> RSA Noceti <input type="checkbox"/> Santuario <input type="checkbox"/> Nucleo Demenze Ferrero
--	--

Ricovero in Residenza Protetta convenzionata ASL 2 - Savonese (specificare)

1) _____ 3) _____

2) _____ 4) _____

Centro Semiresidenziale di Varazze

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Medico curante Dr. _____

❖ Eventuali comunicazioni dovranno essere inviate al seguente indirizzo :

Cognome _____ nome _____

Città _____ via _____ n° _____ tel. _____

RICOVERO IN R.S.A. (RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE)

Nel caso di ricovero in struttura a gestione diretta ASL 2, l'utente è tenuto a corrispondere alla ASL 2 medesima l'importo della retta socio alberghiera, come indicato dalla normativa regionale vigente (D.G.R n 308 del 15/02/2005 e s.m.i.). Nel caso di ricovero in struttura convenzionata, il suddetto importo va corrisposto direttamente all'ente gestore. L'utente è esentato dal pagamento di tale retta solo nel caso di ricovero di tipologia post acuto - riabilitativo, per la durata della prognosi formulata dalla Unità Valutativa Geriatrica e, comunque, per un periodo non superiore a 60 giorni.

→ **ATTENZIONE:**

1. **Trascorso il periodo di esenzione, la sottoscrizione del presente documento ha valore di atto di impegno al pagamento congiuntamente e/o disgiuntamente con l'interessato.** Per ricovero in struttura a gestione diretta ASL 2 il pagamento potrà effettuarsi, tramite bonifico bancario o tesoreria convenzionata, con le coordinate bancarie indicate nella fattura che verrà inviata a domicilio.

Al momento dell'ingresso, il sottoscrittore è tenuto a produrre presso la RSA la seguente documentazione:

- Codice fiscale e Documento di identità valido del ricoverato
- Codice fiscale del sottoscrittore, se diverso dal ricoverato

2. **A garanzia della continuità assistenziale, si procederà all'inserimento dell'utente nella graduatoria unica per le RR.SS.AA. del Distretto Sociosanitario di residenza o, se motivato da autocertificazione, in altro Distretto provinciale. Nel Distretto Sociosanitario Savonese l'eventuale indicazione di preferenza non è da intendersi vincolante per l'ASL 2 Savonese.**

N.B. PER I PAZIENTI IN DIMISSIONE OSPEDALIERA: nel caso l'interessato rinunci al primo posto letto disponibile in ambito distrettuale, l'ospedale avrà comunque la facoltà di procedere alla dimissione dell'utente stesso.

3. **Si sottolinea, inoltre, che il ricovero presso una struttura riabilitativa estensiva comporta l'annullamento della richiesta di inserimento in RSA postacuta-riabilitativa, per identica diagnosi.**

4. L'utente si impegna a lasciare la struttura entro e non oltre 8 giorni dalla comunicazione di dimissione dalla stessa. Ulteriori precisazioni su quanto sopra potranno essere richieste alla Direzione Amministrativa della RSA.

CENTRO SEMIRESIDENZIALE

L'utente è tenuto a corrispondere alla ASL 2 il costo relativo alla retta socio alberghiera ai sensi del D.G.R n 308 del 15/02/2005 e s.m.i. La sottoscrizione del presente documento ha valore di atto di impegno al pagamento congiuntamente e/o disgiuntamente con l'interessato. Il pagamento potrà effettuarsi, tramite bonifico bancario o tesoreria convenzionata, alle coordinate bancarie indicate nella fattura inviata a domicilio. All'ingresso, il sottoscritto è tenuto a produrre la seguente documentazione:

- Codice fiscale e Documento di identità valido del ricoverato
- Codice fiscale del sottoscrittore, se diverso dal ricoverato

RICOVERO IN RESIDENZA PROTETTA CONVENZIONATA

Il sottoscritto è tenuto a corrispondere alla Residenza Protetta la retta socio-alberghiera come indicato dalla normativa regionale vigente (D.G.R n 308 del 15/02/2005 e s.m.i.)

ESITO U.V.G. (Unità di Valutazione Geriatrica)

Può essere comunicato in sede di valutazione; copia scritta può essere, invece, chiesta all'Ufficio UReP dell'ASL od alla Segreteria del Unità Operativa Ass. Anziani competente per residenza.

→ NOTA BENE: Eventuali richieste di compartecipazione alla spesa per il pagamento delle rette socio-alberghiere dovranno essere inoltrate al Servizio Sociale del Comune di residenza.

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente quanto sopra indicato.

DATA ____/____/____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

**RICHIESTA MEDICA DI VALUTAZIONE
PER L'AMMISSIONE ALLA RETE DEI
SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIO SANITARIA
TERRITORIALE**

Il sottoscritto DR. _____ in qualità di

Medico ospedaliero

Medico curante

Chiede valutazione da parte della Unità di Valutazione Geriatrica

del Sig./ra _____ nato/a il ___/___/___

residente a _____ Via _____ tel. ___/___/___

Ricoverato presso l' ospedale _____ reparto _____

Data della prevista dimissione ___/___/___

Affetto da: _____

per cui propone:

Ricovero in R.S.A.:

Tipologia post acuta

D.R. 1007/95cr3c2p4

Tipologia riabilitativa

Mantenimento

Tipologia cognitiva

Mantenimento Demenze

Sollievo

Ospitalità in Residenza Protetta Accreditata/ convenzionata

Ospitalità c/o Centro Semiresidenziale

Assistenza domiciliare Integrata (ADI)

Il/la paziente

presenta sintom. psico-organica

non mangia da solo

è incontinente

è disorientato nel tempo e nello spazio

non si veste da solo

non deambula autonomamente

non si lava da solo

Data _____

Firma _____