

Referenti: Sig.ra Franca Pagliula
Sg. Mario Pellizzi
Ass. Sociale

(Domanda da presentare al protocollo Generale dell'ASP di KR. Via M.Nicoletta-Centro Direzionale il Granaio- Scala B. III° Piano)

Oggetto: RICHIESTA DI RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE.

_____ Sottoscritt _____ nat a _____ il _____
residente in _____ alla via _____ n° _____ CAP _____
in qualità di _____ del Sig/ra _____
nato/a a _____ il _____ residente _____
alla via _____ domiciliat a _____
in _____
Via _____ ☎ _____

CHIEDE

Il ricovero presso l'RSA/C.P. _____

DICHIARA

- Che il Titolare della domanda è in questo periodo ricoverato in altro Istituto di ricovero ?
Si No

Se la risposta è Si, specificare la struttura: _____

Luogo e Data..... Firma _____

Allega alla presente:

1. Fotocopia del documento d'identità del referente familiare che presenta la domanda;
2. La documentazione relativa al beneficiario del ricovero:
 - a. Scheda clinica informativa (a cura del medico Curante); (All. 1)
 - b. Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà del reddito percepito; (All. 2)
 - c. Acquisizione consenso al ricovero. (All.3)
 - d. Fotocopia del documento d'identità del beneficiario;
 - e. Fotocopia della tessera sanitaria ;
 - f. Autocertificazione residenza e stato di famiglia;
 - g. Modello ISE valido per l'anno in corso
 - h. Fotocopia dell'ultima ricevuta di pagamento (Cedolino INPS);

- (1) Specificare la parentela.
- (2) L'indennità andrà corrisposta alla struttura ospitante a decorrere dalla data corrispondente alla notifica di ricovero.

Ricovero in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie

Da compilare a cura del Medico Curante

Cognome e Nome paziente	
nato/a	il
Comune di residenza	
Indirizzo	

Sintesi diagnostica	→
Terapia in atto	→

Disfagia Si No

Afasia/disartria Si No

Nutrizione per os Sondino n-g PEG Parenterale

Respirazione normale Ossigeno Ventilazione meccanica con tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali Si No **Presenza deficit sensoriali** Visivi Uditivi

Portatore di:

- Pace Maker Catetere peridurale Catetere venoso centrale Pompa elastomerica
 Tracheostomia Urostomia Colonstomia Catetere vescicale
 Protesi Ortesi Quali:.....

Presenza Piaghe da decubito Si No

Eventuali sedi

Altre lesioni: Si No

.....

STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
Deterioramento cognitivo	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato		<input type="checkbox"/> grave
Comprensione ordini semplici	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati		<input type="checkbox"/> gravi

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

In fede

.....

.....

Luogo e data,.....

(Allegato 1)

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone . Servizio P.U.A. (Punto unico Accesso)

Via M. Nicoletta 88900 Crotone. Centralino ASP 0962.924111 tel. 0962.924079 tel. e fax 0962924077

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'(a)
(Art.47 DPR 445 del 28/12/2000)

_____ Sottoscritt _____ nat a _____ il _____

residente in _____ alla via _____ n° _____ CAP _____

in qualità di _____ del Sig/ra _____

nat a _____ il _____ e residente in _____

alla via _____ domiciliat a _____ in via _____

Consapevole delle norme penali previste dall'Art.76 DPR 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni mendaci.

Dichiara:

Che il reddito (1) prodotto nell'anno precedente dal proprio familiare;

E' pari ad € _____

- Che il Soggetto titolare della domanda non possiede altri redditi all'infuori della pensione;
- Che percepisce l'indennità di accompagnamento a datare dal
- Che non percepisce l'indennità di accompagnamento;

Si allega alla presente: _____

Dichiarazione ISE (DGR n° 845 dell'27/12/2007)

- (1) Ai sensi della D.G.R. 845/07, per determinare il reddito personale dell'utente si deve far riferimento a tutte le sue entrate, provenienti da beni immobili e/o risorse finanziarie, non solo, dunque, in riferimento ai redditi soggetti all'Irpef, ma anche a quelli esenti (esempio: la pensione di invalidità civile, la rendita Inail, altre rendite vitalizie a qualsiasi titolo percepite, pensioni di guerra ecc...) e a quelli con ritenuta alla fonte (interessi bancari o postali, rendite da titoli di Stato ecc...).

- (2) Eventuali variazioni di reddito devono essere comunicati tempestivamente a questo Dipartimento.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali limitatamente a quanto previsto dagli Art. 22-24 della legge 31/12/1996 n°675.

(a) Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente oppure sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità.
(Art.38 comma 3- DPR 28/12/2000 n°445)

Data e luogo

Il Dichiarante

.....

Riservato alla U.O. Gestione centralizzata ricoveri residenziali -Settore contabilità-

Reddito complessivo mensile € _____ Quota giornaliera a carico dell'utente € _____ per gg. 30

Quota giornaliera a carico dell'utente € _____ per gg. 31

Indennità di accompagnamento € _____ Quota giornaliera a carico dell'utente € _____ per gg. 28

Crotone li _____

Il Funzionario addetto

Allegato 2

DICHIARAZIONE

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL RICOVERO RESA DALL'ASSISTITO

Il Sottoscritto _____, dichiara di acconsentire

all'eventuale ricovero presso la struttura RSA/A..... sita in

Luogo e data.....

Firma dell'assistito

Nel caso in cui l'assistito è impossibilitato a firmare, la presente dichiarazione andrà confermata alla presenza di 2 (due) testimoni con gli estremi di un valido documento di riconoscimento e firma leggibile.

1° teste

_____ (Cognome e Nome) _____ Residenza

Carta d'identità n° _____ n°rilasciato da _____ il _____

.....
(firma leggibile)

2° teste

_____ (Cognome e Nome) _____ Residenza

Carta d'identità n° _____ n°rilasciato da _____ il _____

.....
(firma leggibile)

Data e luogo

Allegato 3