ASL LATINA

REGIONE LAZIO

RICHIESTA OSPITALITA' IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE – R.S.A.
(da compilare a cura del richiedente, del familiare o persona di riferimento art. 433 C.C.)

Il sottoscritto _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Codice fiscale _____ Tel cellulare _____

Orari di reperibilità _____ in qualità di _____

CHIEDE LA VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE PER L'ACCESSO IN R.S.A.

del Sig. _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Via _____ CAP _____

Codice fiscale _____ Tel cellulare _____

MMG/PLS _____

Tel. _____ *Indirizzo posta elettronica* _____

attualmente domiciliato in _____

(indicare Comune e indirizzo, in caso di Ospitalità in struttura sanitaria o altra tipologia indicare denominazione della struttura, tipologia, eventuale reparto e posto letto e riferimenti telefonici)

CITTADINO STRANIERO

Permesso di Soggiorno: SI NO In atteso di rilascio In rinnovo

Data inizio permanenza _____ Motivo _____
gg mm anno

Altri Documenti: Carta di soggiorno Codice STP Codice ENI Documento di Viaggio

A TAL FINE DICHIARA CHE L'UTENTE PER IL QUALE E' STATA RICHIESTA LA VALUTAZIONE

E già in carico dei servizi sociali, socio –sanitari, sanitari pubblici SI NO In attesa

Specificare _____

Stato giuridico: Soggetto di diritto Soggetto posto a curatela

Soggetto posto a tutela Amministrazione di sostegno

(da allegare in copia) Atto di nomina n. _____ del _____ Ente di rilascio _____

ASL LATINA

REGIONE LAZIO

Stato civile: Non dichiarato Celibe/nubile Coniugato/a

Vedovo/a Divorziato/a Separato/o

Titolo di studio: Non Dichiarato Nessuno Licenza Elementare

Licenza Media Inferiore Diploma Media Superiore Diploma di Laurea/Laurea I livello

Qualifica Professionale Laurea Magistrale/Laurea Specialistica

Professione esercitata in età lavorativa – Ramo di attività:

Non Dichiarato Agricoltura Industria Commercio Alberghi

Pubblici servizi Imprenditore Dirigente o Impiegato Lavoratore dipendente

Pubblica amm.ne Servizi privati Lavoratore in proprio o coadiuvante

Condizione Non Professionale: Non Dichiarato Casalinga/o Pensionato Disoccupato

Occupato Studente Invalido Inoccupato

Pensione percepita: Non Dichiarato Sociale Reversibilità Assegno accompagnamento

Vecchiaia Assicurazione altro invalidità vitalizio Nessuna

Ha a disposizione un alloggio?: SI NO E adeguato? SI NO

di proprietà in affitto, di canone mensile Euro _____

di altri parenti in casa con i figli

Composizione del nucleo dei conviventi: solo/a con coniuge

con i figli, di anno di nascita 1° ____ 2° ____ 3° ____ 4° ____ 5° ____

con genitori altri parenti altri non parenti

con personale retribuito in casa di riposo

altra struttura (indicare): _____

Familiari tenuti all'obbligo degli alimenti ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile:

1. _____

Rapporto di parentela _____ Residenza _____ Telefono _____

2. _____

Rapporto di parentela _____ Residenza _____ Telefono _____

3. _____

Rapporto di parentela _____ Residenza _____ Telefono _____

4. _____

Rapporto di parentela _____ Residenza _____ Telefono _____

5.

Rapporto di parentela _____ Residenza _____ Telefono _____

In possesso di attestazione I.S.E.E. come previsto dalla normativa vigente per la richiesta di compartecipazione di spesa:

SI NO In attesa

Si allega:

- Fotocopia del documento di riconoscimento dell'utente
- Fotocopia del codice fiscale e/o tessera sanitaria dell'utente
- Scheda di attivazione di percorso residenziale ❑ MMG ❑ Medico Ospedaliero/Struttura Ospitante
- Attestazione ISEE previsto dalla normativa vigente
- Fotocopia Verbale Invalidità Civile
- Altra documentazione

Il sottoscritto _____ dichiara di essere stato informato dell'eventuale compartecipazione di spesa prevista per alcune tipologie di R.S.A. e provvederà, vista l'autorizzazione concessa all'eventuale ricovero in R.S.A., a richiedere la possibile compartecipazione di spesa al Comune di Residenza di _____

Data __ __ __ __ __ __ __ __
gg mm anno

FIRMA _____

(Beneficiario o Altra Persona)

Il sottoscritto _____ è consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Data _____
gg mm anno

FIRMA _____

(Beneficiario o Altra Persona)

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) il sottoscritto _____, autorizza il ASL di Latina al trattamento dei dati personali presenti e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno conservati ASL di Latina all'interno dell'archivio cartaceo ed informatico e potranno essere utilizzati ad uso interno di detti Servizi e da eventuali Enti Gestori del servizio.
I titolari del trattamento dei dati è il Servizio indicato.
La sottoscrizione della presente informativa ha valore di consenso al trattamento dei dati.

Data _____
gg mm anno

FIRMA _____