

## **RICHIESTA DI INSERIMENTO NELLA RETE DEI SERVIZI**

Io sottoscritto/a sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

segnalo la condizione di bisogno socio/sanitario del mio congiunto

sig. \_\_\_\_\_

(grado di parentela) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in

via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

parenti tenuti agli alimenti (art. 433 C.C.) ☐ SI ☐ NO

**in nome e per conto del mio congiunto chiedo, pertanto:**

1. la valutazione della sua situazione sanitaria e sociale;
2. l'inserimento, in via prioritaria, nel sottoindicato Servizio:

	<b>TIPOLOGIA SERVIZIO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	<b>Assistenza Domiciliare Comunale</b>		
B	<b>Cure domiciliari</b>		
C	<b>Assegno di cura</b>		
D	<b>Casa di riposo</b>		
E	<b>Comunità Alloggio</b>		
F	<b>Appartamenti protetti</b>		
G	<b>Centro Diurno</b>		
H	<b>Casa Protetta</b>		
I	<b>Residenza Sanitaria Assistenziale</b>		
L	<b>Pasti</b>		
M	<b>Telesoccorso</b>		
N	<b>Assistenza Economica</b>		
O	<b>Trasporto</b>		

**In riferimento alla richiesta di ingresso in Casa Protetta dichiaro:**

- la necessità di **inserimento immediato** all'atto della disponibilità di un posto letto (tenendo conto delle priorità di inserimento determinate dalla Graduatoria Unica Distrettuale);
- che la presente richiesta è presentata in via cautelativa e mi rendo pertanto disponibile solo ad un eventuale **futuro inserimento** da effettuare, salvo il verificarsi di diverse condizioni socio/sanitarie, presumibilmente a decorrere dal \_\_\_\_\_

**Sotto la mia personale responsabilità dichiaro che:**

- il mio congiunto è stato informato della presentazione della seguente richiesta e delle finalità della medesima;
- il medico curante dell'anziano è il dott. \_\_\_\_\_ (tel. Ambulatorio \_\_\_\_\_)
- l'anziano è già in carico ai servizi Socio/Assistenziali/Sanitari pubblici per i seguenti interventi:

	<b>Tipologia servizio</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	Assistenza Domiciliare Comunale		
B	Cure domiciliari		
C	Assegno di cura		
D	Casa di Riposo		
E	Comunità Alloggio		
F	Appartamenti Protetti		
G	Centro Diurno		
H	Casa Protetta		
I	Residenza Sanitaria Assistenziale		
L	Pasti		
M	Telesoccorso		
N	Assistenza Economica		
O	Trasporto		
P			

**Sono inoltre informato che:**

- i componenti dell'Unità di Valutazione Geriatria sono tenuti a comunicare all'interessato il motivo della valutazione;
- fermo restando il criterio della gravità della situazione socio/sanitaria, con particolare riferimento all'inserimento nelle strutture residenziali, l'accesso alle Case Protette potrà essere condizionato dall'esistenza di gravi problematiche assistenziali ed organizzative da parte delle strutture stesse.

**Allego alla presente:**

- ☐ Certificato del medico curante
- ☐ Attestazione ISEE della persona anziana (solo in caso di richiesta di accesso per ASSEGNO DI CURA)

Baricella, lì \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_