

Al Settore Servizi alla Persona
del Comune di Baricella

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 coniunto

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 coniunto chiedo, pertanto:

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

	TIPOLOGIA SERVIZIO	SI	NO
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		

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:

	Tipologia servizio	SI	NO
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