

ALL'ISTITUZIONE DEL COMUNE DI BARICELLA

RICHIESTA DI INSERIMENTO NELLA RETE DEI SERVIZI PER ANZIANI

Io sottoscritto/a sig. _____

☐ M

☐ F

Nato a _____ il _____

stato civile _____ residente a _____ in via/Piazza

_____ telefono _____

segnalo la condizione di bisogno socio/sanitario del mio congiunto

sig. _____

☐ M

☐ F

(grado di parentela) _____

Nato a _____ il _____

stato civile _____ residente a _____ in via/Piazza

_____ telefono _____

parenti tenuti agli alimenti (art. 433 C.C.)

☐ SI

☐ NO

(grado di parentela) _____

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:

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

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:

1. i componenti dell'Unità di Valutazione Geriatria sono tenuti a comunicare all'interessato il motivo della valutazione;
2. fermo restando il criteri 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
- ☐ dichiarazione sostitutiva della posizione anagrafica e reddituale del familiare richiedente e della persona anziana (solo in caso di richiesta di accesso per ADI/ASSEGNO DI CURA)
- ☐ redditi

Lì _____

Firma del richiedente
