

U.O.C. Programmazione e Gestione dell'Offerta Accreditati

MODULO ACCETTAZIONE RICOVERO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il ____ / ____ / ____ residente a _____ in via _____ n° ____

recapiti telefonici _____

CHIEDE

IL RICOVERO PER (DATI UTENTE)

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____

il ____ / ____ / ____ residente a _____ in via _____ n° ____

TIPOLOGIA DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE (già Ex Art. 26)

Residenziale Semiresidenziale

Scelta centro riabilitativo

Villa Immacolata Villa Buon Respiro Villa Santa Margherita

TIPOLOGIA DI HOSPICE/CURE PALLIATIVE

Residenziale Domiciliare

Scelta centro di ricovero in Hospice

Nuova Santa Teresa Villa Rosa Hospice My Life Nepi

TIPOLOGIA DI RSA

RSA Mantenimento Basso (B) RSA Mantenimento Alto (A) RI RSA Estensivo (E)

RSA Estensivo Disturbi Cognitivo Comportamentali Gravi (DCCG)

RSA Semiresidenziale Mantenimento (S)

Scelta centro di ricovero in RSA

Myosotis (B+A+E) RSA Viterbo (B+A+DCCG+S) Villa Serena (B+A) Villa Rosa (B+A)

L'Assunta (B+A) Residenza Cimina (B+A+E) Villa Immacolata (B+A+RI) Villa Anna (A)

Padre Luigi Monti (B) Villa Benedetta (A+E) RSA San Giuseppe (B+A) Santa Rita Nepi (A+E)

NOTE _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamata dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale Europeo 2016/679

RICHIESTA DI VALUTAZIONE PER ACCESSO IN RSA

Per il Sig./Sig.ra _____

Generalità del richiedente

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ C.F. _____

residente a _____ via/piazza _____ n° _____

recapiti telefonici _____

in qualità di _____

Si allega la seguente documentazione:

- fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e del diretto interessato;
- fotocopia del codice fiscale e/o tessera sanitaria del richiedente e del diretto interessato;
- fotocopia di eventuale verbale d'invalidità;
- modulo di richiesta di attivazione del percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale (a cura del medico di Medicina Generale);
- eventuale decreto nomina AdS/tutore/curatore;
- ISEE o ricevuta richiesta di ISEE qualora si intenda richiedere la corresponsione della quota/parte per le spese sociali;
- eventuale documentazione sanitaria;
- dichiarazione attestante il grado di parentela.

Il sottoscritto è consapevole che, nel caso in cui intenda richiedere l'intervento economico del Comune per la corresponsione della quota parte della retta relativa alle spese non sanitarie, è indispensabile produrre specifica documentazione attestante la situazione economica dell'interessato al Comune di residenza (ISEE).

Richiesta valutazione multidimensionale per

Il/la Sig/Sig.ra _____

Nato/a a _____ il ___ / ___ / ___ / C.F. _____

Residente a _____ in via _____ n° _____

attualmente domiciliato/ricoverato presso _____

via _____ recapiti telefonici _____

Medico curante _____ tel _____

In carico ai servizi sociosanitari pubblici per:

assistenza economica assistenza domiciliare servizi sociali assistenza domiciliare erogata dal CAD

casa di riposo (nome, indirizzo, tel) _____

centro di riabilitazione (nome, indirizzo, tel) _____

Ospedale o Casa di Cura (nome, indirizzo, tel) _____

Sesso

Maschio Femmina

Stato Giuridico

soggetto di diritto soggetto posto a cautela soggetto posto a tutela

Stato Civile

celibe/nubile coniugato/a vedovo/a separato/a divorziato/a convivente

Titolo di studio

senza titolo lic. elementare media inf. media sup. laurea

Professione esercitata in età lavorativa

dipendente autonomo altro _____

Ha a disposizione un alloggio?

di proprietà in casa con i figli in casa di altri parenti in affitto (canone € _____)

Composizione del nucleo dei conviventi

solo/a con familiare _____ altri parenti _____

Nome dei familiari non conviventi tenuti agli alimenti ai sensi dell'art. 433c.c.

_____ tel. _____

_____ tel. _____

_____ tel. _____

Invalidità Civile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____ %
Indennità di accompagnamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Riconoscimento disabilità (L. 104 art. 3 C. 3)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Condizione economica (indicare l'importo mensile)

Pensione sociale	€ _____
Indennità di accompagnamento	€ _____
Pensione di guerra	€ _____
Pensione invalidità civile	€ _____
Pensione di ciechi parziali o completi	€ _____
Pensione di reversibilità	€ _____
Reddito da lavoro/altri redditi	€ _____
Indennità di comunicazione	€ _____
Rendita da patrimonio	€ _____
TOTALE MENSILE	€ _____

Nel caso ricorrano le condizioni di un eventuale intervento economico del Comune di residenza, il dichiarante autorizza l'Unità valutativa a trasmettere i dati forniti e il parere dell'UVM al Comune.

Informativa ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000.

Si lascia la presente dichiarazione sotto la propria responsabilità consapevole che chi rilascia dichiarazioni mendaci è punibile per legge ai sensi dell'art 76 DPR 445/2000.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale Europeo 2016/679

Data

Firma

Il/la Sig./Sig.ra _____ ha presentato richiesta di valutazione multidimensionale per

l'ospitalità in RSA del Sig./Sig.ra _____ il data ____/____/____

Operatore _____
(Nome Cognome)

_____ Firma

PROPOSTA DI ACCESSO IN RSA

(da compilarsi a cura del medico curante)

Il/la Sig./Sig.ra _____ età _____

Via _____ Comune di _____

- Patologie di rilievo — neoplasie
- Demenza
- Cecità
- Sordità
- Sindromi
- Condizioni Invalidanti Cardiovascolari
- Condizioni Invalidanti Apparato Locomotore
- Condizioni invalidanti Apparato Respiratorio
- Condizioni Invalidanti Apparato Genito —Urinario
- Condizioni Invalidanti Neurologiche Psichiatriche
- Altro _____

Diagnosi:

La persona è inserita in un programma di:

- Assistenza Programmata
- Assistenza Domiciliare
- Assistenza in Casa di Riposo
- Assistenza in regime di Lungodegenza
- Assistenza in regime di Riabilitazione post-acuzie
- Assistenza in regime di Riabilitazione Ex art. 26
- Assistenza in Ospedale
- Il paziente è trasportabile SI NO

Condizioni sanitarie e sociali che motivano la proposta di inserimento in RSA:

Timbro cod. Regionale
e firma del Medico