

**DOMANDA DI AMMISSIONE
 ALLA RETE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA
 SOCIO SANITARIA TERRITORIALE**

PROT. ASL 2 Savonese

del ____/____/____

n° _____

In qualità di:

Diretto interessato

Altro (precisare) _____

Il sottoscritto _____

Chiede

Per il Sig./ra _____

nato/a a _____ il ____/____/____ stato civile _____

residente a _____ via _____ n° _____ tel. _____

Attualmente: Domiciliato* a _____ via _____ n° _____ tel. _____

*quando diverso
dalla residenza

Ricoverato c/o Struttura / Ospedale _____ (reparto _____)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli art. 75-76 DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono veritieri e completi e si impegna a comunicarne tempestivamente ogni variazione.

l'accesso alla rete dei Servizi Socio Sanitari Territoriali:

<input type="checkbox"/> Ricovero in R.S.A. Tipologia di ricovero: postacuto-riabilitativo e/o sollievo	<input type="checkbox"/> Ricovero in R.S.A. Tipologia di ricovero: mantenimento
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Distretto 4 Albenganese (RSA Alassio) <input type="radio"/> Distretto 5 Finalese (RSA Finale) <input type="radio"/> Distretto 6 Valbormidese (RSA Millesimo) <input type="radio"/> Distretto 7 Savonese <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> RSA Varazze <input type="checkbox"/> RSA La Gioiosa <input type="checkbox"/> RSA Santuario <input type="checkbox"/> RSA Nucleo Demenze 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Distretto 5 Finalese (RSA Finale) <input type="radio"/> Distretto 6 Valbormidese (RSA Millesimo) <input type="radio"/> Distretto 7 Savonese <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> RSA Noceti <input type="checkbox"/> RSA Santuario <input type="checkbox"/> RSA Vada Sabatia <input type="checkbox"/> RSA Nucleo Demenze

Ricovero in Residenza Protetta convenzionata ASL 2 - Savonese (specificare)

1) _____ 3) _____

2) _____ 4) _____

Centro Semiresidenziale di Varazze

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Cure palliative

Medico curante Dr. _____

❖ Eventuali comunicazioni dovranno essere inviate al seguente indirizzo :

Cognome _____ **nome** _____

Città _____ **via** _____ **n°** _____ **tel.** _____

IMPORTANTE: per le richieste di inserimento in RSA di mantenimento ed in Residenza Protetta allegare alla presente domanda certificazione I.S.E.E.

RICOVERO IN R.S.A. (RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE)

Nel caso di ricovero in struttura a gestione diretta ASL 2, l'utente è tenuto a corrispondere alla ASL 2 medesima l'importo della retta socio alberghiera, come indicato dalla normativa regionale vigente (D.G.R n 969 del 01/08/2008 e s.m.i.). Nel caso di ricovero in struttura convenzionata, il suddetto importo va corrisposto direttamente all'ente gestore. L'utente è esentato dal pagamento di tale retta solo nel caso di ricovero di tipologia post acuto - riabilitativo, per la durata della prognosi formulata dalla Unità Valutativa Geriatrica e, comunque, per un periodo non superiore a 60 giorni.

➔ ATTENZIONE:

1. **Trascorso il periodo di esenzione, la sottoscrizione del presente documento ha valore di atto di impegno al pagamento congiuntamente e/o disgiuntamente con l'interessato.** Per ricovero in struttura a gestione diretta ASL 2 il pagamento potrà effettuarsi, tramite bonifico bancario o tesoreria convenzionata, con le coordinate bancarie indicate nella fattura che verrà inviata a domicilio.

Al momento dell'ingresso, il sottoscrittore è tenuto a produrre presso la RSA la seguente documentazione:

- Codice fiscale e Documento di identità valido del ricoverato
- Codice fiscale del sottoscrittore, se diverso dal ricoverato

2. A garanzia della continuità assistenziale, si procederà all'inserimento dell'utente nella graduatoria per le RR.SS.AA. del Distretto Sociosanitario di residenza o, se motivato da autocertificazione, in altro Distretto provinciale. Nel Distretto Sociosanitario Savonese l'**eventuale indicazione di preferenza non è da intendersi vincolante** per l'ASL 2 Savonese.

N.B. PER I PAZIENTI IN DIMISSIONE OSPEDALIERA: nel caso l'interessato rinunci al primo posto letto disponibile in ambito distrettuale, l'ospedale avrà comunque la facoltà di procedere alla dimissione dell'utente stesso.

3. Si sottolinea, inoltre, che il ricovero presso una struttura riabilitativa estensiva comporta l'annullamento della richiesta di inserimento in RSA postacuta-riabilitativa, per identica diagnosi.

4. L'utente si impegna a lasciare la struttura entro e non oltre 8 giorni dalla comunicazione di dimissione dalla stessa.

Ulteriori precisazioni su quanto sopra potranno essere richieste alla Direzione Amministrativa della RSA.

CENTRO SEMIRESIDENZIALE

L'utente è tenuto a corrispondere alla ASL 2 il costo relativo alla retta socio alberghiera ai sensi del D.G.R n 308 del 15/02/2005 e s.m.i. La sottoscrizione del presente documento ha valore di atto di impegno al pagamento congiuntamente e/o disgiuntamente con l'interessato. Il pagamento potrà effettuarsi, tramite bonifico bancario o tesoreria convenzionata, alle coordinate bancarie indicate nella fattura inviata a domicilio. All'ingresso, il sottoscritto è tenuto a produrre la seguente documentazione:

- Codice fiscale e Documento di identità valido del ricoverato
- Codice fiscale del sottoscrittore, se diverso dal ricoverato

RICOVERO IN RESIDENZA PROTETTA CONVENZIONATA

Il sottoscritto è tenuto a corrispondere alla Residenza Protetta la retta socio-alberghiera come indicato dalla normativa regionale vigente.

ESITO U.V.M. (Unità di Valutazione Multidisciplinare)

Può essere richiesto all'Ufficio UReP dell'ASL 2 Savonese.

➔ **NOTA BENE:** Eventuali richieste di compartecipazione alla spesa per il pagamento delle rette socio-alberghiere, giustificate da reddito insufficiente, dovranno essere inoltrate tempestivamente al Servizio Sociale del Comune di residenza.

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente quanto sopra indicato.

DATA ___/___/___

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____