

**DOMANDA PER L'ACCESSO ALLA MISURA
RESIDENZIALITÀ ASSISTITA
ex DGR 7769/2018 e DGR 491/2018**

Alla ASST _____

DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI DELLA MISURA

Il Sig/La Sig.ra _____

(Cognome e Nome)

Data di nascita ____/ ____/ ____ Età ____ Luogo di nascita _____ prov.(____)

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

residente in _____ prov. (____) CAP _____

via _____ n° ____ Telefono _____

e-mail _____

MMG _____

Compilare solo qualora il domicilio non coincida con la residenza

Comune di domicilio _____ prov. (____) CAP _____

via e n° _____

**DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA
(COMPILARE SOLO SE È PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)**

Cognome _____ Nome _____

residente in _____ prov. (____) CAP _____

via _____ n° ____ Telefono: _____

e-mail _____

CHIEDE

l'accesso alla valutazione prevista per la fruizione della Misura **Residenzialità assistita**.

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

1. di non fruire/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non fruisce di ADI*
2. di non frequentare/che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non frequenti altre unità d'offerta socio sanitarie (es. CDI, CDD) residenziali e semiresidenziali

ALLEGA

- Copia del documento di identità in corso di validità dell'interessato all'erogazione della misura;
- Copia del documento di identità in corso di validità di chi firma la domanda (se diverso dall'interessato al beneficio della misura);
- Copia dell'eventuale documentazione sanitaria e socio-sanitaria attestante le condizioni clinico-funzionali (solo se già posseduta);
- Copia del verbale di Invalidità Civile (solo se già posseduto)

(COMPILARE SOLO SE È PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

- di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale (indicare relazione di parentela): _____
- di essere altro care giver (indicare legame con il richiedente: amico, conoscente, ...):

- di essere Amministratore di Sostegno del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)
- di essere tutore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina _____)
- di essere curatore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)

Luogo e data: _____

FIRMA

*eccetto ADI prestazionale (prelievi, cambio catetere, ecc.) e Cure Palliative domiciliari