

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|---|---|--|
|  Asl2 Sistema Sanitario Regione Liguria Dipartimento Cure Primarie | Codice pratica SPD | | | | | | | | | | | | MODD A2 Rev. 1 13/11/2019 Pag. 1 a 2 |
| | Cognome | | | | | | | | | | | | |
| | Nome | | | | | | | | | | | | |
| | Data di nascita | | | | | | | | | Genere: | M | F | |
| DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA RETE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE | | | | | | | | | | | |  | |

Il/la sottoscritto/a: Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ () il ____ / ____ / ____ C.F. _____

In nome proprio - **In qualità di:** Tutore; Curatore; Amministratore Sostegno; Chi ne fa le veci.....

[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, impegnandosi a comunicarne ogni eventuale futura variazione]

CHIEDE PER:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ () il ____ / ____ / ____ stato civile _____

Residente in _____ () Via _____ n. _____

Domiciliato/a a (se diverso dalla residenza): _____

C.F. _____ Tel. _____

Attualmente ricoverato c/o Ospedale/Struttura _____ Rep. _____

Ricovero in R.S.A. contrattualizzata in una delle seguenti tipologie:

| DISTRETTO | COMUNE | <input type="checkbox"/> post acuto-riabilitativo (I Fascia) | <input type="checkbox"/> mantenimento | <input type="checkbox"/> sollievo |
|-------------|---------------|--|--|-----------------------------------|
| Albenganese | Albenga | <input type="checkbox"/> Trincheri | | |
| | Andora | | <input type="checkbox"/> Val Merula | |
| Finalese | Finale Ligure | <input type="checkbox"/> Ruffini | <input type="checkbox"/> Ruffini | |
| Bormide | Millesimo | <input type="checkbox"/> Casa dei Tigli | <input type="checkbox"/> Casa dei Tigli | |
| Savonese | Savona | <input type="checkbox"/> La Gioiosa <input type="checkbox"/> Santuario | <input type="checkbox"/> La Gioiosa <input type="checkbox"/> Noceti <input type="checkbox"/> Santuario | |
| | Vado Ligure | <input type="checkbox"/> Vada Sabatia | <input type="checkbox"/> Vada Sabatia <input type="checkbox"/> Vada Sabatia - Nucleo Demenze | |
| | Varazze | <input type="checkbox"/> La Villa | <input type="checkbox"/> La Villa | |

Ricovero in Residenza Protetta (R.P.) contrattualizzata nella tipologia: lungo-assistenza sollievo

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

R.S.A./R.P./CENTRO DIURNO contrattualizzato/a fuori A.S.L. 2:

Cure Domiciliari (A.D.I.) **Ambulatorio ulcere (Savona, via Zara)** **IFeC Distretto delle Bormide**
 M.M.G. (Medico di Medicina Generale) - Dott./ssa:

Eventuali comunicazioni dovranno essere inviate al seguente indirizzo:

Cognome _____ Nome _____

CAP _____ Città _____ () Via _____ n _____

Tel. _____ e-mail _____

Data _____ Firma _____

| | | | |
|---------------|------------|------|-----------------|
| PROTOCOLLO I. | STRUTTURA: | NUM. | DATA: / / |
|---------------|------------|------|-----------------|

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|---|---|
|  Dipartimento Cure Primarie | Codice pratica SPD | | | | | | | | | | | | MODD A2 Rev. 1 13/11/2019 Pag. 2 a 2 |
| | Cognome | | | | | | | | | | | | |
| | Nome | | | | | | | | | | | | |
| | Data di nascita | | | | | | | | | | Genere: | M | |
| DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA RETE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE | | | | | | | | | | | | |  |

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

L'utente è tenuto a corrispondere al gestore della R.S.A. l'importo della retta socio alberghiera (compartecipazione), come indicato dalla normativa regionale vigente (D.G.R n. 862 del 15/07/2011 e s.m.i.). L'utente è esentato dal pagamento di tale compartecipazione solo nel caso di ricovero nella tipologia post acuto/riabilitativo (I fascia) per la durata della prognosi definita in sede di valutazione geriatrica e, comunque, per un periodo non superiore a 60 gg.

➔ **ATTENZIONE:**

1. L'eventuale indicazione di preferenza per la struttura non è da intendersi vincolante per l'A.S.L. 2.
2. PER I PAZIENTI IN DIMISSIONE OSPEDALIERA: nel caso in cui l'interessato rinunci al primo posto letto disponibile, l'ospedale avrà comunque la facoltà di procedere alla dimissione dell'utente, nell'ambito delle strutture ubicate nel Distretto Sanitario di appartenenza, o in Distretti contigui. Si sottolinea, inoltre, che l'eventuale ricovero presso una struttura di riabilitazione estensiva, comporta l'annullamento della richiesta di inserimento in R.S.A. tipologia post acuto/riabilitativo, per identica diagnosi.

RICOVERO IN RESIDENZA PROTETTA CONTRATTUALIZZATA

L'utente è tenuto a corrispondere al gestore della Residenza Protetta l'importo della retta socio alberghiera (compartecipazione), come indicato dalla normativa regionale vigente (D.G.R n. 862 del 15/07/2011 e s.m.i.).

Il richiedente verrà inserito in lista di attesa su tutte le strutture, indipendentemente da quelle specificamente prescelte e verrà chiamato per la prima disponibilità di qualunque struttura.

Nel caso di ACCETTAZIONE DEL PRIMO POSTO DISPONIBILE, al richiedente verrà chiesto se intenda comunque restare in lista d'attesa sulle altre strutture eventualmente prescelte all'atto della domanda.

Nel caso di RIFIUTO DEL PRIMO POSTO DISPONIBILE, il richiedente verrà cancellato da tutte le liste delle strutture non prescelte, continuando a rimanere in attesa solo su quelle prescelte.

CENTRO SEMIRESIDENZIALE (CENTRO DIURNO ALZHEIMER) CONTRATTUALIZZATO

L'utente è tenuto a corrispondere al gestore del Centro l'importo della retta socio alberghiera (compartecipazione), come indicato dalla normativa regionale vigente (D.G.R n. 862 del 15/07/2011 e s.m.i.).

La quantificazione e le modalità di pagamento della compartecipazione sono oggetto di specifico contratto da sottoscrivere con il soggetto gestore. La quota di compartecipazione va corrisposta direttamente al gestore, secondo le modalità definite dal suddetto contratto. Ulteriori precisazioni in ordine al pagamento della compartecipazione, dovranno essere richieste alla direzione della struttura contrattualizzata.

L'ESITO U.V.G./U.V.M. (Unità di Valutazione Geriatrica/Unità di Valutazione Multidisciplinare), può essere richiesto all'U.R.P. (Ufficio Relazioni con il Pubblico) dell'A.S.L. 2.

➔ **NOTA BENE:** Eventuali richieste di integrazione al pagamento della retta socio-alberghiera (compartecipazione), dovranno essere inoltrate al Servizio Sociale del comune di residenza. Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di aver ben compreso quanto sopra indicato. Dichiara altresì di aver ricevuto il foglio informativo relativo alle procedure vigenti per la gestione delle liste di attesa, la compartecipazione alla spesa, nonché relative alla temporaneità dei ricoveri in R.S.A. I fascia, la cui durata è definita dalla prognosi in sede di valutazione geriatrica.

DATA ____ / ____ / ____ FIRMA _____