

	Codice pratica SPD												
	Cognome												
	Nome												
	Data di nascita								Genere:	M	F		
DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA RETE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE													

MODD A2
Rev. 1
13/11/2019
Pag. 1 a 2

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. _____

<input type="checkbox"/> 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		

<input type="checkbox"/> Ricovero in Residenza Protetta (R.P.) contrattualizzata nella tipologia: <input type="checkbox"/> lungo-assistenza <input type="checkbox"/> 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											
	Cognome											
	Nome											
	Data di nascita								Genere:	M	F	
DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA RETE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE												

MODD A2

Rev. 1
13/11/2019
Pag. 2 a 2

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 _____