

Allega la seguente proposta di ricovero:

- ④ del Medico di Medicina Generale (Medico di famiglia) Dott.;
- ④ dei Servizi Territoriali del Distretto Socio-Sanitario n. di
- ④ del Primario della divisione ospedalieraP.O.di;
(in caso di dimissione);
- ④ dei Servizi Sociali del Comune di

Al riguardo, allega la seguente documentazione:

- Dettagliata relazione medica sulle patologie possedute o cartellino di dimissione (in caso di dimissione ospedaliera) ed eventuale piano terapeutico, farmacologico e riabilitativo in atto.
- Modd.730 UNICO o CUD riferiti ai redditi dell'anno precedente (se non in possesso, allegare autodichiarazione sullo stato reddituale, anche se negativo). Detta documentazione deve riguardare l'ospite e l'intero nucleo familiare convivente.
- Nel caso in cui l'ospite non sia in grado di fare fronte al pagamento della diaria fissata, dichiarazione di disponibilità dei familiari tenuti all'obbligo degli alimenti.
- Nel caso il pagamento della diaria fissata non possa essere soddisfatto dall'ospite o dai suoi familiari, dichiarazione a farvi fronte da parte del Comune di residenza.

..... li

(firma del richiedente)

N.B. Contrassegnare con una **X** il quadratino corrispondente.

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE BA/5

70017 PUTIGNANO (Ba)

Domanda di accoglienza nella R.S.A. di _____

**AI DIRETTORE GENERALE
A.U.S.L. BA/5
70017 PUTIGNANO (Ba)**

.l. sottoscritt_nat_ a (.....),
il, residente a, Via,n.,
codice fiscale, tel.

c h i e d e

④ per sè stesso:

④ in qualità di esercitante la tutela e la curatela per incapacità di intendere e volere, per il
Sig. (*grado di parentela*),
nat_ a (.....) il
e residente nel Comune di, Via, n.....,
codice fiscale, tel.:

di essere accolto nella **R.S.A.** di per:

④ ricovero continuativo;

④ completamento programma riabilitativo già iniziato in altra struttura sanitaria ai sensi
art.26 della Legge n,833/78;

④ riduzione del carico assistenziale sulla famiglia per breve e determinato periodo, anche
a seguito di temporanea sospensione degli interventi dei servizi domiciliari;

④ per tutto l'arco della giornata o per periodo limitato, in funzione di esigenze di lavoro dei
familiari.

Il richiedente, sotto la propria responsabilità, dichiara di essere:

④ invalido civile al%, con/senza **assegno di accompagnamento**;

④ titolare di pensione sociale;

④ privo di alcun reddito personale.