

ALL'UNITÀ DI VALUTAZIONE TERRITORIALE Distretto di \_\_\_\_\_

AL SERVIZIO SOCIALE COMUNE di \_\_\_\_\_

### RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE per

INSERIMENTO IN CURE DOMICILIARI INTEGRATE

INSERIMENTO IN RSA RSA scelta: \_\_\_\_\_

INSERIMENTO IN TRATTAM. RIABILITATIVO Centro di Riabil. scelto \_\_\_\_\_

INSERIMENTO IN "COMUNITA' INTEGRATA"

ATTIVAZIONE PROGRAMMA "RITORNARE A CASA"

#### 1) Dati riferiti alla persona di cui si chiede l'inserimento

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

nominativo del medico di medicina generale \_\_\_\_\_

#### 2) Dati del richiedente:

**Diretto Interessato** (si vedano di dati del punto 1)

**Parente** (indicare i dati del parente) Rapporto di parentela \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**Medico curante Dr.** \_\_\_\_\_

**Assistente sociale Comune** \_\_\_\_\_

Se la richiesta di inserimento è presentata da persona diversa dall'interessato o da un parente responsabile, il richiedente dovrà obbligatoriamente ottenere il consenso preventivo all'inserimento da parte di questi ultimi.

data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

1) Ai sensi del DPR 29.11.2001 e della DGR 10/24 del 25.06.2006 il pagamento della quota sociale è a carico dell'assistito /comune viene fissato per la RSA nella misura di Euro 64,00 (per i profili 1, 2,3,4,5) e Euro 59,00 (per i profili 6,7,8,9), e per il CDI nella misura di Euro 32,00 (per i profili 1, 2,3,4,5) e Euro 29,50 (per i profili 6,7,8,9)

2) Allegare alla richiesta una relazione sanitaria compilata dal medico curante contenente stato clinico, stato funzionale ed eventuali motivazioni sociali.

**Acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all'inserimento in RSA/CDI, con le modalità di cui al D. Lgs 196/2003 e alla comunicazione degli stessi agli enti socio sanitari interessati.**

data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_