CASARANO COLLEPASSO MATINO PARABITA RUFFANO SUPERSANO TAURISANO

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI CASARANO

Tel.: 0833 514316 - Fax: 0833 514317
Sito: www.ambitodicasarano.it *email:*segreteriaudp@ambitodicasarano.it

ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO n° 59
CASARANO
via Spagna, 53 – 73042 Casarano
tel. 0833 5081 – Fax 0833 -512908
e-mail dis9casarano@ausl.le.it

!

MODULO B: RICHIESTA DI RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE (EX R.R. n. 4/07e R.R.N 8/02) O CURE DOMICILIARI

Al Direttore del Distretto Socio Sanitario
Casarano

__l__sottoscritt __.....nata/o a.....Prov.(.....)
il.....residente a..... .....Prov. (.....)
CAP.....Via.....n.....
Codice Fiscale.....Tel/ cell .....

CHIEDE

| | per se stesso;

| | in qualità di rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno,) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art.4 DPR 445/2000)

Sig/sig.ra.....grado.parentela.....nato./a.....
.Prov.(.....),il.....residente a.....Via.....n°.....
CodiceFiscale_____Tel/ cell _____

| | Di essere accolto in struttura _____ex art. _____R.R. N° 4/2007 di

| | Di essere accolto in RSA (R.R. N° 8/2002)

| | Di essere assistito/curato a domicilio

in quanto affetto da patologie croniche , non in grado di condurre vita utonoma e non assistibile a domicilio.

Il richiedente sotto la propria responsabilità dichiara di essere:

| | Invalido civile al _____% con/senza assegno di accompagnamento

| | Titolare di pensione sociale

| | Privo di alcun reddito personale;

| | Altro (specificare)_____

Allega la seguente proposta di ricovero o assistenza redatta da:

| | M.M.G./P.L.S. Dott./ssa _____

| | Dirigente dell'U.O. Territoriale _____Dott./ssa_____

| | Dirigente dell'U.O. Ospedaliera Dott./ssa _____

Ospedale di _____ (in caso di dimissione).

| | Servizi Sociali del Comune di _____

A riguardo allega:

| | Dettagliata relazione medica sulle patologie di cui è affetto/a o cartellino di dimissione (in caso di dimissione ospedaliera) ed eventuale piano terapeutico, farmacologico e riabilitativo in atto;

Dichiara inoltre di: (barrare e sottoscrivere esclusivamente l'ipotesi selezionata)

| | Essere in grado di far fronte al pagamento della diaria fissata per la quota del ____% della diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare in modo diretto o tramite familiari tenuti all'obbligo degli alimenti.

Data _____ firma del richiedente _____

| | Di non essere in grado di far fronte al pagamento della quota del ____% della diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare.

Data _____ firma del richiedente _____

AUTORIZZA:

| | Il trattamento dei proprii dati ai sensi del T.U. Sulla Privacy D. lgs n°196/2003 e s.m.i.

| | Il trattamento dei proprii dati per scopi di ricerca statistica e scientifica;

| | La A.S.L. A comunicare ad altre istituzioni pubbliche (comune, provincia, Regione, Distretti S.S.)i dati strettamente necessari per la soluzione di specifici problemi sociosanitari che riguardano l'interessato e che siano strettamente connessi con l o stato di assistito presso la struttura

Data _____ firma del richiedente _____