

RSA APERTA SAN REMIGIO

(Rif. DGR Regione Lombardia n°X/7769 del 17/01/2018)

ISTANZA D'AMMISSIONE ALLA MISURA PER L'EROGAZIONE D'INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI

QUADRO A (DATI RIFERITI AL SOGGETTO CHE COMPILA LA RICHIESTA)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____/____/____

SESSO: MASCHIO FEMMINA

CODICE FISCALE: _____

RESIDENTE:

IN VIA/P.ZA _____ COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV. _____

DOMICILIATO (SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA):

IN VIA/P.ZA _____ COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV. _____

RECAPITO TELEFONICO _____ INDIRIZZO E-MAIL _____

CHIEDE

COME RICHIEDENTE PER SÉ (se si barra questa opzione non compilare il quadro "B");

COME FAMILIARE DELLA PERSONA PER CUI SI RICHIEDONO I BENEFICI

INDICARE IL GRADO DI PARENTELA: _____

COME TUTORE, CURATORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DELLA PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL BENEFICIO;

DI POTER BENEFICIARE DEGLI INTERVENTI DELLA MISURA "RSA APERTA", A TAL FINE DICHIARA

QUADRO B (DATI RIFERITI AL SOGGETTO PER CUI SI CHIEDE L'INTERVENTO)

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ PROV. ___ IL ___/___/___

SESSO: MASCHIO FEMMINA

CODICE FISCALE: _____

RESIDENTE IN VIA/P.ZA _____ COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV. _____

DOMICILIATO (SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA):

IN VIA/P.ZA _____ COMUNE DI DOMICILIO _____ PROV. _____

RECAPITO TELEFONICO _____ INDIRIZZO E-MAIL _____

QUADRO C (DATI RIFERITI AL FAMILIARE CONVIVENTE O A PERSONA DA CONTATTARE IN CASO DI BISOGNO)

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ PROV. ___ IL ___/___/___

SESSO: MASCHIO FEMMINA

CODICE FISCALE: _____

RESIDENTE IN VIA/P.ZA _____ COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV. _____

DOMICILIATO (SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA):

IN VIA/P.ZA _____ COMUNE DI DOMICILIO _____ PROV. _____

RECAPITO TELEFONICO _____ INDIRIZZO E-MAIL _____

GRADO DI PARENTELA CON LA PERSONA PER CUI SI CHIEDE IL SERVIZIO (SE FAMILIARE)

QUADRO D (DATI RIFERITI AL CAREGIVER)

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ PROV. ___ IL ___/___/___

SESSO: MASCHIO FEMMINA

CODICE FISCALE: _____

RESIDENTE IN VIA/P.ZA _____ COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV. _____

DOMICILIATO (SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA):

IN VIA/P.ZA _____ COMUNE DI DOMICILIO _____ PROV. _____

RECAPITO TELEFONICO _____ INDIRIZZO E-MAIL _____

GRADO DI PARENTELA CON LA PERSONA PER CUI SI CHIEDE IL SERVIZIO (SE FAMILIARE)

QUADRO E (DATI RIFERITI ALLA COMPATIBILITA' CON ALTRI SERVIZI)

IL BENEFICIARIO DEL SERVIZIO USUFRUISCE ATTUALMENTE DI:

INVALIDITÀ CIVILE: SÌ (.....%) NO IN ATTESA

SERVIZI DOMICILIARI:

- ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) SÌ NO SERVIZI _____

SERVIZI _____

SERVIZI _____

SERVIZI _____

- SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) SÌ NO

ALTRI CONTRIBUTI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ:

ALLEGA

- VERBALE DI INVALIDITÀ CIVILE;

- CERTIFICAZIONE DIAGNOSI ALZHEIMER (SE PRESENTE);

- DECRETO NOMINA TRIBUNALE PER AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO O TUTORE O CURATORE (SE PRESENTE);

- FOTOCOPIA CODICE FISCALE E DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL RICHIEDENTE, DEL BENEFICIARIO, DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO, DEL CAREGIVER E DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO (SOLO SE PRESENTI);

- DOCUMENTAZIONE MEDICA ATTESTANTE LE CONDIZIONI DI SALUTE DELLA PERSONA INTERESSATA, O ALTRA DOCUMENTAZIONE RITENUTA OPPORTUNA A RAPPRESENTARE LE CONDIZIONI CLINICO-FUNZIONALI DEL BENEFICIARIO DELL'INTERVENTO (A TITOLO DI ESEMPIO NON ESAUSTIVO, VALUTAZIONI SPECIALISTICHE, AMBIENTALI, AUSILI, ECC.);

- ALTRO, CON IL SEGUENTE DETTAGLIO:
 - _____
 - _____

LUOGO E DATA: _____