



**Rete delle residenze protette e centri diurni per anziani ambito e distretto "basso isontino"**

Punto di accesso: **CASA SERENA GRADO**

*Richiesta di inserimento nella graduatoria d'accesso ai servizi in rete delle strutture residenziali e centri diurni per anziani auto e non autosufficienti dell'ambito e distretto sanitario "basso isontino", Comuni di Doberdò del Lago, Fogliano Redipuglia, Grado, Monfalcone, Ronchi dei Legionari, San Canzian d'Isonzo, San Pier d'Isonzo, Staranzano, Turriaco.*

*(\* annotazioni a cura dell'ufficio competente)*

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Comune di residenza all'atto della richiesta \_\_\_\_\_

**\* Servizi richiesti dall'interessata/o (barrare la casella di una o più scelte):**

**( ) ACCOGLIENZA RESIDENZIALE**

<i>Autosuff</i>	<b>Non Autosuff</b>	<b>Inserimento DEFINITIVO</b>	<i>Inserimento TEMPORANEO</i>	De Gressi <b>FOGLIANO</b>	Serena <b>GRADO</b>	Crocera <b>MONFALCONE</b>	Corradini <b>RONCHI</b>	Argo <b>S.CANZIAN</b>

**( ) ACCOGLIENZA CENTRO DIURNO**

<i>Autosuff</i>	<b>Non Autosuff</b>			De Gressi <b>FOGLIANO</b>	Serena <b>GRADO</b>	Crocera <b>MONFALCONE</b>	Corradini <b>RONCHI</b>	Argo <b>S.CANZIAN</b>

**\* Iter della domanda (da compilare nel corso dell'itinerario):**

<b>DATA</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>NOTE</b>
	PRESENTAZIONE DOMANDA	
	RICHIESTA U.V.D.	
	U.V.D.	
	VISITA DOMICILIARE	
	INGRESSO IN STRUTTURA	
	PRIMA RINUNCIA	
	ARCHIVIAZIONE DOMANDA	

<b>ALTRE NOTE</b>	

(persona interessata al ricovero)

\_ L \_ sottoscritt\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_

NATA/O IL (luogo e data) \_\_\_\_\_

RESIDENTE A (comune) \_\_\_\_\_

(via e n.) \_\_\_\_\_

---,---

(dati anagrafici familiare o persona di riferimento per questa procedura)

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

in qualità di :  amministratore di sostegno    tutore    figlio    procuratore    altro

residente a (comune) \_\_\_\_\_

(via e n.) \_\_\_\_\_

(recapito/i telefonico/i) \_\_\_\_\_

(n. fax) \_\_\_\_\_ (email) \_\_\_\_\_

**chiede l'inserimento nella graduatoria d'accesso ai servizi in rete:**

➔ accoglienza **RESIDENZIALE** presso (indicare con n. 1 – 2 – 3 ecc. l'ordine di preferenza):

- [ ] "DE GRESSI" Fogliano Redipuglia
- [ ] "CASA SERENA" Grado
- [ ] "CORRADINI" Ronchi dei Legionari
- [ ] "CASA ANZIANI" Monfalcone
- [ ] "ARGO" demenze alzheimer San Canzian d'Isonzo

(barrare la scelta con X)

( ) in via definitiva

( ) periodo temporaneo dal \_\_\_\_\_

note:

➔ accoglienza **CENTRO DIURNO** presso (indicare con n. 1 – 2 – 3 ecc. l'ordine di preferenza):

- [ ] "DE GRESSI" Fogliano Redipuglia
- [ ] "CASA SERENA" Grado
- [ ] "CORRADINI" Ronchi dei Legionari
- [ ] "CASA ANZIANI" Monfalcone
- [ ] "ARGO" demenze alzheimer San Canzian d'Isonzo

(barrare la scelta con X)

( ) orario completo giornaliero

( ) orario ridotto (solo mattino)

( ) richiesta anche del trasporto a/r

note:

**Dichiara**

- la propria situazione al fine della valutazione sociale:

*(barrare con una X quanto corrispondente alla propria situazione personale):*

- a) Di essere persona sola, priva di parenti tenuti agli obblighi alimentari e di vivere in un alloggio inadeguato (per barriere architettoniche, insufficienza di servizi...)
- b) Di avere attualmente in corso un provvedimento di sgombero dell'alloggio (sfratto esecutivo)
- c) Di essere persona sola priva di parenti tenuti agli obblighi alimentari e di vivere in un alloggio adeguato/normale
- d) Di essere persona sola, con parenti tenuti agli obblighi alimentari ma non conviventi
- e) Di essere persona convivente con parenti

- che il proprio codice fiscale è \_\_\_\_\_

- che il proprio codice sanitario è \_\_\_\_\_

- che il medico curante è il dott. \_\_\_\_\_

- che i propri parametri reddituali sono *(in Euro)*:

- SCALA EQUIVALENZA \_\_\_\_\_ ISEE \_\_\_\_\_ ISE \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

*(barrare se non interessa)*

- Di essere attualmente ricoverata/o presso \_\_\_\_\_

- Di essere *(indicare altra situazione particolare)* \_\_\_\_\_

Confermo di essere informata/o che:

- la presente richiesta s'intende al fine dell'inserimento nella graduatoria unica d'accesso alle residenze protette e centri diurni in rete dell'ambito e distretto sanitario e che la relativa proposta d'accoglimento sarà formulata dall'U.V.D., Unità di Valutazione Distrettuale, e mi sarà successivamente comunicata, sulla base delle disponibilità dei posti e della competenza territoriale delle residenze stesse. Nel caso di accettazione il relativo procedimento amministrativo autorizzativo sarà a cura del Comune di residenza prima dell'accesso e la struttura di riferimento mi contatterà per le modalità, tempi e costi dell'accoglienza stessa come previsti dalla relativa carta dei servizi;
- ai sensi di quanto previsto dal Regolamento UE GDPR 679/16 la presente richiesta è finalizzata unicamente per quanto sopra indicato e per l'eventuale ammissione al servizio e che con la firma in calce **esprimo il mio consenso** al trattamento dei dati personali sensibili e sanitari ed alla comunicazione dei medesimi necessari per l'istruttoria e gestione del rapporto e servizio richiesto e per eventuali comunicazioni dei dati stessi ad altri enti, istituti pubblici, nonché a terzi gestori o incaricati di servizi pubblici.

Luogo e data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma dell'interessata/o \_\_\_\_\_

Il presente modulo, firmato dall'interessata/o o in sostituzione dall'amministratore di sostegno o tutore, e completo di tutti gli allegati, andrà consegnato **unicamente** all'ufficio dove ci si è presentati. Sarà cura dello stesso trasmettere la richiesta agli enti di competenza ed ai servizi selezionati nella domanda.

**ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE** *(la richiesta non può essere altrimenti accettata):*

- Certificato sanitario, modulo "B", compilato e firmato dal sanitario o medico curante**
- Attestazione ISEE (attestazione presentata presso un centro assistenza fiscale)**
- Copia di documento d'identità in corso di validità**
- Copia del codice fiscale**
- Copia della tessera sanitaria A.s.s.**
- Copia eventuale riconoscimento invalidità civile ed eventuale copia di autorizzazione per presidi sanitari;**
  
- Verbale ed attestazione U.V.D. (Unità di Valutazione Distrettuale)**
- Atto di nomina Amministratore di sostegno o Tutore**
- Impegnativa preliminare al pagamento**
- Informativa privacy**
- Autocertificazione stato di famiglia;**
- copia di ogni altro documento ritenuto utile (a partire da situazioni particolari autocertificate) ai fini della valutazione della domanda;**
  
- Notizie sulle abitudini dell'anziano**
- Comunicazione familiari di riferimento**

**Non vengono accolte domande incomplete o, se protocollate, non hanno comunque alcun valore sino al loro perfezionamento.**

Qualora, se convocata, la persona interpellata rinunci temporaneamente al servizio proposto, rimane collocata in graduatoria, mentre invece alla seconda rinuncia viene cancellata dalla graduatoria stessa, dovendo ripresentare domanda nel caso sia nuovamente interessata.

Il collocamento in graduatoria ha in ogni caso la durata massima di anni solari due; in seguito il relativo nominativo viene cancellato.