



Ambito Territoriale Sociale
di Gioia del Colle, Casamassima, Turi e Sammichele di Bari
Ufficio di Piano

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
DISTRETTO SOCIO SANITARIO GIOIA DEL COLLE

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER
L'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI

AL DIRETTORE
DISTRETTO SOCIO SANITARIO
GIOIA DEL COLLE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____ / ____
residente a _____ Via _____ n° ____
CAP _____ Provincia _____ telefono _____

- Diretto interessato
 Familiare:

- Figlio
- Coniuge
- Fratello
- Altro familiare

- Assistente sociale:

- Comune
- Azienda Ospedaliera
- Struttura residenziale
- Servizio ASL
- Altro servizio

- Medico di Medicina Generale

- Medico ospedaliero -- Reparto _____ Ospedale _____

- Altro _____

C H I E D E

di attivare la valutazione multidimensionale dei bisogni per l'accesso
alla rete dei servizi socio sanitari territoriali di seguito elencati:

- Assistenza semiresidenziale
- Assistenza residenziale:
 - Residenza sanitaria assistita (RSA) (specificare) A) _____
 - Residenza protetta (specificare) B) _____
 - A) _____
 - B) _____

La presente domanda di

1^ Valutazione

viene presentata in nome e per conto del / della

Verifica

Sig./ra _____ nato/a il ____ / ____ / ____ a
 residente a _____ Via _____ n° _____
 Tel _____ Codice Sanitario _____
 Medico di Medicina Generale _____
 Domiciliato presso: _____

DICHIARA ALTRESCI:

1) di sottoscrivere la domanda in quanto l'interessato/a è impossibilitato/a per la seguente motivazione:

2) di aver / non aver informato l'interessato dell'avvio della procedura di accesso alla rete dei servizi sociosanitari

3) di assumere / non assumere l'onere finanziario della quota alberghiera per il periodo autorizzato

4) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dalla normativa vigente per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Si allega la seguente documentazione:

- copia attestazione di invalidità
- copia attestazione accompagnamento
- copia documento di riconoscimento in corso di validità quale tutore e/o familiare
- copia di cartellino di dimissione ospedaliera e/o cartella clinica

Il/La sottoscritto/a dichiara di consentire alla comunicazione di tali dati a soggetti terzi solamente ai fini istituzionali e di epidemiologia, nonché per i prescritti adempimenti amministrativi. Resta fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data _____

Firma _____