



RICHIESTA DI ACCESSO/PROROGA AI SERVIZI SOCIOSANITARI INTEGRATI
da consegnare alla PUA

**Al Direttore del
Distretto Socio Sanitario N° 3**

Il/la Richiedente _____
 Nato/a _____ il _____
 Residente a _____ Prov. _____ Via _____ N. _____ CAP _____
 C.F. _____ Tel. _____ Cell. _____
 Domiciliato (se diverso dalla residenza) a _____ Via _____ N. _____
 Tel. _____ Cell. _____ E MAIL _____
 Sesso M F Stato civile _____

CHIEDE

per se stesso in qualità di familiare in qualità di amministratore di sostegno
 in qualità di tutore in qualità di persona che firma per impedimento temporaneo dell'avente diritto (art.4 DPR 445/2000) e s. m. i.
 Del/la Sig./ra _____ grado di parentela _____
 Nato/a _____ Prov. _____ Il _____
 Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____
 Domiciliato (se diverso dalla residenza) a _____ Via _____ n. _____
 Sesso M F Stato civile _____ C.F. _____
 Tel. _____ Cell. _____ E MAIL _____

- PRIMA RICHIESTA PROROGA DIMISSIONE PROTETTA
- ADI Cure Palliative (ASSOCIAZIONE _____)
- RSA _____ RSA N.A. _____
- RSSA Disabili _____ RSSA Anziani _____
- Centro Diurno (Disabili) _____ Centro Diurno (Demenze) _____
- Frequenza gg _____ Pranzo SI NO Trasporto SI NO Orario _____
- HOSPICE _____ Dopo di Noi _____ Casa per la vita _____
- Altro _____

Allega la seguente proposta di ricovero/assistenza domiciliare redatta :

- dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta dr.ssa/dr. _____
- dal Dirigente della U. O. _____ Ospedale _____ dott.ssa/dr. _____
- dai Servizi Sociali del Comune di _____

Allega la seguente documentazione :

- Dettagliata relazione medica sulle patologie di cui è affetto/a o cartellino di dimissione ospedaliera ed eventuale piano terapeutico e/o riabilitativo in atto
- Fotocopia del documento di riconoscimento e codice fiscale dell'avente diritto e del richiedente
- La DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE ordinario dell'avente diritto
- La DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria erogate in ambiente residenziale, con componente aggiuntiva dei figli, ai sensi del DPCM n. 159/2013, art. 6 comma b)
- La DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE dell'avente diritto per altre prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria
- La DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE minorenni per figli di genitori non conviventi dell'avente diritto
- MOD. OBIS/M rilasciato dall'INPS (certificato pensionistico) dell'annualità in corso, nel caso di accesso a prestazioni residenziali (inserimenti in strutture residenziali anziani/disabili) e richiesta di compartecipazione al pagamento della quota sociale della retta di ospitalità a carico del Comune di Bari

Informato sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e delle leggi speciali in materia, nonché sulle conseguenze previste dall'art.75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera il richiedente, sotto la propria responsabilità dichiara, ai sensi degli artt. 4, 5, 46, 47 del DPR 455/2000 e s.m.i. di essere:

- invalido civile al _____% con/senza assegno di accompagnamento
- titolare di pensione sociale
- privo di alcun reddito personale
- di impegnarsi al pagamento della quota sociale di compartecipazione
- di NON essere in grado di far fronte al pagamento della quota sociale di compartecipazione
- di avvalersi dei Buoni Servizio di Conciliazione della Regione Puglia e di impegnarsi a versare, per i servizi semiresidenziali (Centri Diurni artt. 60 e 60 ter RR 4/2007) la quota fissa pari ad € 50,00 mensili e la quota variabile aggiuntiva determinata in base al valore dell'ISEE ordinario, da pagare direttamente al soggetto gestore dell'Unità di Offerta prescelta
- altro (specificare) _____

Data _____ Firma dell'avente diritto _____

Firma del richiedente (curatore, tutore o altro specificare)

Firma del richiedente che firma per impedimento temporaneo dell'avente diritto (art. 4 DPR 445/2000): _____

Autorizza :

- Si No Il trattamento dei propri dati ai sensi delle normative vigenti
- Si No Il trattamento dei propri dati per scopi di ricerca statistica e scientifica
- Si No L'ASL BA a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Distretti S.S., Comune, Provincia, Regione) i dati strettamente necessari per la soluzione di specifici problemi socio-sanitari che riguardano l'interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di assistito presso la struttura _____

I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI – Lungomare Starita 6, 70123 Bari) – email: dpo@asl.bari.it – pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>) nell'apposita sezione Privacy.

Data _____

Firma _____
(firma del richiedente)