



DISTRETTO SANITARIO DI MESORACA (KR)
SERVIZIO P.U.A.
Località Campizzi – tel. 0962/498135

Documenti da allegare per la richiesta di cure domiciliari:

- ✓ scheda di proposta di accesso ai servizi territoriali prodotta dal referente familiare o persona autorizzata;
- ✓ scheda di proposta di accesso ai servizi territoriali da parte del medico curante
documentazione clinica
- ✓ documenti di riconoscimento dell'assistito-richiedente
- ✓ fotocopia della tessera sanitaria dell'assistito

in caso di richiesta per servizio assistenziale residenziale oltre alla documentazione clinica è necessario presentare:

- ✓ dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del reddito percepito
- ✓ acquisizione consenso al ricovero da parte dell'assistito
- ✓ autocertificazione dello Stato di famiglia
- ✓ modello ISEE
- ✓ copia dell'ultima ricevuta di pagamento (cedolino inps-mod. Obis)
- ✓ certificazione rilasciata dagli uffici competenti per eventuali altri emolumenti non evidenziati nel modello ISEE

ORARI UFFICI:

LUNEDI: 15.30 – 17.30

MARTEDI: 11.00 – 13.00

GIOVEDI: 11.00 - 13.00

CONSENSO AL RICOVERO – DICHIARAZIONE DEI FAMILIARI

I sottoscritti in qualità di familiari del/la Sig./sig.ra _____

Nome e Cognome _____

Nato a _____ (____) il ____/____/____

Residente in Via _____ a _____

Tel. _____ Grado di parentela _____

Firma _____

Nome e Cognome _____

Nato a _____ (____) il ____/____/____

Residente in Via _____ a _____

Tel. _____ Grado di parentela _____

Firma _____

Nome e Cognome _____

Nato a _____ (____) il ____/____/____

Residente in Via _____ a _____

Tel. _____ Grado di parentela _____

Firma _____

Nome e Cognome _____

Nato a _____ (____) il ____/____/____

Residente in Via _____ a _____

Tel. _____ Grado di parentela _____

Firma _____

Nome e Cognome _____

Nato a _____ (____) il ____/____/____

Residente in Via _____ a _____

Tel. _____ Grado di parentela _____

Firma _____

Nome e Cognome _____

Nato a _____ (____) il ____/____/____

Residente in Via _____ a _____

Tel. _____ Grado di parentela _____

Firma _____

Dichiarano di essere consapevoli e consenzienti al ricovero del/la proprio familiare al ricovero presso la Casa Protetta o RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale)

DISTRETTO SANITARIO DI BASE MESORACA (KR)

SERVIZIO P.U.A

LOCALITA' CAMPIZZI – TEL. 0962/498135

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 DPR 445 DEL 28/12/2000)

Il sottoscritto _____ nat _____ a _____
Residente in _____ alla via _____ n. _____
Cap _____ in qualità di _____ del sig./ra _____
Nato a _____ il _____ e domiciliato in _____ alla
via _____ n. _____ Cap _____

Consapevole delle norme penali previste dall'art. 76 DPR 445 del 28/12/2000

DICHIARA

Che il reddito complessivo prodotto nell'anno precedente dal proprio familiare

È pari ad euro _____

Che il soggetto titolare della domanda non possiede altri redditi all'infuori della pensione

Che percepisce indennità di accompagnamento a datare dal _____

Non percepisce l'indennità di accompagnamento

Allega alla presente _____

Dichiarazione ISE (DGR n° 845 del 27/12/2007)

- 1) Ai sensi della DGR 845/07, per determinare il reddito personale dell'utente si deve fare riferimento a tutte le sue entrate provenienti da beni immobili e/o risorse finanziarie non solo dunque in riferimento ai redditi soggetti all'irpef ma anche a quelli esenti (pensione di invalidità civile, rendita inail, altre rendite vitalizie, a qualsiasi titolo percepite, pensioni di guerra ecc) e a quelli con ritenuta alla fonte (interessi bancari o postali, rendite da titoli di stato)
- 2) Eventuali variazioni di reddito devono essere comunicati tempestivamente al distretto sanitario di Mesoraca (KR)
- 3) Le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente oppure sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità (art. 38 comma 3 DPR 445 del 28/12/2000)

Luogo _____ lì _____ Il Dichiarante _____

Riservato all'Ufficio

Azienda Sanitaria N. 5

Distretto Sanitaria di Mesoraca

Reddito Complessivo Annuale € _____ Quota Giornaliera a carico dell'utente € _____ per gg.30

Reddito Complessivo Annuale € _____ Quota Giornaliera a carico dell'utente € _____ per gg.31

Reddito Complessivo Annuale € _____ Quota Giornaliera a carico dell'utente € _____ per gg.28

Dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà resa ai sensi degli art. 19, 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000)

Al PUA del _____

Il sottoscritto _____ nat ___ a _____

Residente in _____ alla via _____ n. _____

in qualità di _____ richiedente l'accesso ai servizi territoriali consapevole delle sanzioni previste dagli art. 75-76 del DPR 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti.

DICHIARA

Di essere Di essere a conoscenza che il/la Sig./ra

1. _____ nato/a il _____ a _____

2. _____ residente a _____ via _____

3. Che la _____ famiglia, residente in _____ Via _____

È così composta

4. Percepire percepisce l'indennità di accompagnamento dal _____

5. Di non percepire Non percepisce l'indennità di accompagnamento

6. Di non possedere Non possiede altri redditi al di fuori della pensione

7. Che il _____ reddito prodotto nell'anno precedente è pari ad Euro _____

8. Di acconsentire / acconsente al ricovero presso la Struttura _____

9. Di essere consapevoli che in caso di necessità di cambio setting assistenziale il paziente si riterrà dimesso qualora rifiuti il ricovero presso strutture disponibili nell'ambito territoriale dell'ASP di Crotone.

Luogo e Data

Firma

Consenso Informato.

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi della normativa del GDPR e s.m.i

Luogo e Data

Firma

Si allega:

- MODELLO ISEE VALIDO PER L'ANNO IN CORSO
- FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA
- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO IDENTITÀ DEL BENEFICIARIO
- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO IDENTITÀ DEL DICHIARANTE
- FOTOCOPIA ULTIMA RICEVUTA DI PAGAMENTO CEDOLINO INPS MODELLO OBIS

ASSISTITO IMPOSSIBILITATO A FIRMARE. DICHIARAZIONE CONFERMATA DA DUE TESTIMONI

Firma _____ Firma _____

si allegano copie dei documenti di identità delle due testimoni

DISTRETTO SANITARIO DI BASE MESORACA (KR)

SERVIZIO P.U.A

LOCALITA' CAMPIZZI – TEL. 0962/498135

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 DPR 445 DEL 28/12/2000)

Il sottoscritto _____ nat _____ a _____

Residente in _____ alla via _____ n. _____

DICHIARA DI ACCONSENTIRE ALL'EVENTUALE RICOVERO PRESO UNA STRUTTURA ASSISTENZIALE

Firma dell'assistito

ASSISTITO IMPOSSIBILITATO A FIRMARE. DICHIARAZIONE CONFERMATA DA DUE TESTIMONI

Indicazione degli estremi di un valido documento di riconoscimento.

Cognome e Nome

Firma Leggibile

Tipo documento _____ N°. _____ rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

Cognome e Nome

Firma Leggibile

Tipo documento _____ N°. _____ rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

Firma _____