



Città di Bitetto



Comune di Bitritto



Città di Modugno



Distretto BA9

**P.U.A. Porta Unica di Accesso - P.I.T. Porta Informativa Territoriale**  
**AMBITO TERRITORIALE BA 10 Modugno - Bitetto - Bitritto**  
**DISTRETTO SOCIO SANITARIO BA9 Modugno**

**RICHIESTA di RICOVERO in STRUTTURA (ex R.R. 4/2007 e R.R. 8/2002) o di CURE DOMICILIARI**  
**(Modulo B)**

*da consegnare alla PUA/PIT*

**Al Direttore**  
**Distretto Socio Sanitario n. 9 di Modugno -**  
**ASL BA**

**Per il tramite del PIT di**  
 Bitetto  Bitritto

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_  
 Il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- Per se stesso     
  In qualità di genitore     
  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)

del/della sig./sig.ra – del/della minore \_\_\_\_\_  
 grado di parentela \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Nazione \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Domiciliato/a (se diverso dalla residenza) a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_

\*Il sottoscritto, data l'urgenza, firma in nome e per conto dell'utente/familiare anche in carenza di delega, tutto ciò nell'esclusivo interesse dell'utente/familiare. Con la presente accettazione il sottoscritto dichiara che non è stato giudizialmente indicato alcun tutore legale in capo

all'assistito e si assume le eventuali responsabilità scaturite per la mancata sottoscrizione del presente modulo anche da parte degli ulteriori figli/parenti/legittimati alla presa in carico dell'assistito.

di essere accolto in struttura per diversamente abili \_\_\_\_\_ ex art. \_\_\_\_\_ R.R.4/2007

(In caso di centro diurno integrato per le demenze (morbo di Alzheimer) indicare il numero dei giorni di frequenza \_\_\_\_\_)

di essere accolto in struttura per anziani ex art. 66 R.R.4/2007 \_\_\_\_\_

di essere accolto in struttura per anziani R.R. 8/2002 \_\_\_\_\_

indicare se  nucleo ordinario  nucleo Alzheimer

di essere accolto in struttura per persone con problematiche psico-sociali \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ex art. 70 R.R. 4/2007

la proroga per la frequenza nella struttura ex art. \_\_\_\_\_  R.R. n.4/2007  R.R. n.8/2002

la variazione dei giorni di frequenza da n. giorni \_\_\_\_\_ a n. giorni \_\_\_\_\_

il trasferimento dalla struttura \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_)

alla struttura \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_)

di essere assistito/curato al proprio domicilio attraverso l'assistenza domiciliare integrata sociosanitaria

di essere assistito/curato al proprio domicilio attraverso l'assistenza domiciliare sanitaria

in quanto affetto da patologie croniche e/o non in grado di condurre una vita autonoma e/o non assistibile a domicilio.

la rivalutazione del bisogno:  sociale  sociosanitario  sanitario

per la seguente motivazione \_\_\_\_\_

di voler usufruire del servizio di trasporto

di non voler usufruire del servizio di trasporto

Altro \_\_\_\_\_

**DICHIARA la composizione ed i contatti del proprio nucleo familiare**

Cognome e nome	Età	Convivente		Grado di parentela	Professione	Residenza	Telefono
		SI	NO				

**Il richiedente, sotto la propria responsabilità, dichiara di essere:**

- invalido civile al \_\_\_\_\_% con/senza assegno di accompagnamento pari ad € \_\_\_\_\_
- titolare di pensione sociale pari ad € \_\_\_\_\_
- privo di alcun reddito personale
- altro (specificare) \_\_\_\_\_ pari ad € \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ pari ad € \_\_\_\_\_

**Dichiara, inoltre, (in alternativa): (barrare e sottoscrivere esclusivamente l'ipotesi selezionata):**

- di essere in grado di far fronte al pagamento della quota sociale;
- di **NON** essere in grado di far fronte al pagamento della quota sociale ovvero di far fronte al pagamento di parte della quota della diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare in modo diretto o tramite i familiari tenuti all'obbligo degli alimenti consapevole che la valutazione in sede di UVM potrà essere autorizzata esclusivamente previo calcolo della quota di compartecipazione con il contestuale deposito dell'ISEE sociosanitario/residenziale, consapevole che, in caso di mancato deposito dell'ISEE sociosanitario/residenziale e/o indisponibilità di risorse pubbliche non si potrà procedere alla valutazione della domanda e la stessa sarà inserita in lista d'attesa secondo l'ordine cronologico. A tal fine sono stato informato dagli operatori PUA del calcolo della quota a cui dovrò far fronte sulla scorta del regolamento vigente e che tali importi saranno oggetto di verifiche da parte dell'Ufficio di Piano

**Dichiara, inoltre, di:**

- usufruire del Buono servizio di conciliazione anziani e disabili dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- non usufruire del Buono servizio di conciliazione anziani e disabili e di attivare tutte le procedure necessarie nel momento in cui la Regione provvederà all'apertura della prossima finestra temporale
- usufruire dei seguenti servizi socioassistenziali (specificare):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dichiara, inoltre, di:**

- essere consapevole che il Servizio Sociale Professionale e gli altri pubblici ufficiali coinvolti effettueranno nei prossimi giorni le verifiche di cui all'art.59 comma 2 della L.R.n.19/2006.
- Accettare tutti i termini e le condizioni presenti nel Regolamento d'accesso ai servizi sociosanitari e socio assistenziali territoriali dell'Ambito N.10 di Modugno, Bitetto, Bitritto, di cui ho preso personalmente visione, consapevole che alcuni degli interventi sopra indicati sono ammissibili solo dopo l'apposita valutazione della Unità di Valutazione Multidimensionale della ASL competente e successiva autorizzazione e che in mancanza di risorse pubbliche la domanda potrà essere inserita in lista d'attesa.
- Essere consapevole, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., ai fini della compartecipazione alla quota sociale della retta di inserimento in Struttura o Cure Domiciliari, secondo quanto prescritto degli artt. 75 e 76 del DPR. 445/2000 e ss.mm.ii. delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi.

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):

#### Consenso al trattamento dei dati personali

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 della L. 196/2003 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici e anche a cura della ditta incaricata Programma Sviluppo, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'ART.7 del codice.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Al riguardo, allega la seguente documentazione a pena dell'improcedibilità della presente istanza per la piena valutazione del bisogno:

#### proposta di ricovero/assistenza domiciliare redatta (allegato n. 1):

- dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta dott.ssa/dott. \_\_\_\_\_
- dal Dirigente della U.O. ospedaliera \_\_\_\_\_ dott.ssa/dott. \_\_\_\_\_
- dal Dirigente del Servizio Territoriale \_\_\_\_\_ dott.ssa/dott. \_\_\_\_\_
- dai Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_

- Dettagliata relazione medica sulle patologie di cui è affetto/a o cartellino di dimissione (in caso di Dimissione Protetta) ed eventuale piano terapeutico, farmacologico e riabilitativo in atto.
- Relazione medico-specialistica che attesti la stabilizzazione delle patologie psichiatriche ed indichi il piano terapeutico e riabilitativo in atto (riservata a persona adulta/anziana portatrice di disturbi psichiatrici stabilizzati).
- Modulo B.I.N.A. Breve Indice della Non Autosufficienza (solo in caso di richiesta di struttura R.S.S.A.)
- Modulo valutazione della malattia di Alzheimer ed altre demenze (in caso di richiesta di struttura per diversamente abili art. 60 ter R.R. n. 4/2007 o per RSA R.R. 8/2002 nucleo Alzheimer)
- Modello ISEE sociosanitario residenziale.
- Modello ISEE sociosanitario non residenziale.
- Copia del documento di riconoscimento e codice fiscale dell'avente diritto e del richiedente.
- Autocertificazione dell'interessato, dei suoi familiari o di altri conviventi sull'impossibilità a garantire adeguatamente la cura del soggetto richiedente il servizio (solo per i servizi domiciliari sociosanitari) (allegato n. 2).
- Autocertificazione quota sociale (secondo il modulo in uso presso gli sportelli PUA/PIT)
- Copia del verbale di invalidità civile.
- Eventuale altra documentazione comprovante lo stato di bisogno del richiedente.