

Mod. DRA 01/01/2023

Domanda di ammissione SERVIZIO RSA APERTA

PARTE PRIMA: Dati anagrafici e socio-assistenziali (a cura del Richiedente o dell'Amministratore di sostegno/famigliare/caregiver)

Compilare questa sezione se la domanda di ammissione al servizio è sottoscritta dall'interessato/a.

Il Sig/La Sig.ra _____
(Cognome e Nome)
Data di nascita ____/ ____/ ____ Età ____ Luogo di nascita _____prov.(____)
Codice Fiscale: _____ Tessera Sanitaria _____
residente in _____prov. (____) CAP _____
via _____n° ____
eventuale domicilio (se diverso dalla residenza): comune _____
via in _____prov. (____) CAP _____
Telefono: _____ e-mail _____

Compilare questa sezione solo se la domanda di ammissione al servizio è sottoscritta da persona diversa dall'interessato/a all'ammissione

Il Sig/La Sig.ra _____
(Cognome e Nome)
Data di nascita ____/ ____/ ____ Età ____ Luogo di nascita _____prov.(____)
Codice Fiscale: _____ Tessera Sanitaria _____
residente in _____prov. (____) CAP _____
via _____n° ____ in qualità di:

- parente di primo grado _____;
- amministratore di sostegno/tutore

CHIEDE

L'attivazione del Servizio "RSA Aperta" ai sensi del D.G.R. 7769 del 17/01/2018 a favore di:

- q Persona affetta da demenza
q Persona anziana non autosufficiente

FORME SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE

Sede Legale:
Via Meriggio, 4
23100 Sondrio
0342 21 12 51

www.formecoop.it
info@formecoop.it
C.F./P.IVA- N.Iscrizione Registro Imprese 00605190149
REA SO-42667 – Iscr. Albo Coop. A110606

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi:

di usufruire:

- q Servizio SAD nei seguenti termini: _____
- q Servizio ADI nei seguenti termini: _____
- q Altro servizio socio – sanitario (specificare quale): _____
- q Di essere in dimissione da una struttura sanitaria o riabilitativa o socio assistenziale (specificare quale): _____

-
- q Di essere nella seguente situazione di riconoscimento dell'invalidità civile:
 - q Domanda in corso;
 - q Riconoscimento al _____%;
 - q Domanda non presentata;

PRENDE ATTO CHE

L'erogazione del servizio di RSA Aperta, nei modi indicati dal D.G.R. 7769/2018 è subordinata al possesso dei seguenti requisiti:

Per le persone NON AUTOSUFFICIENTI:

- q Età superiore a 75 ANNI
- q Riconoscimento dello stato di invalidità civile al 100%

Per le persone affette DA DEMENZA:

- q Certificazione rilasciata dal medico Geriatra/Neurologo, attestante lo stato di malattia della demenza

Sia per le persone affette DA DEMENZA che per gli anziani NON AUTOSUFFICIENTI:

- q Presenza di un "Care giver" (persona che si prende cura) familiare o professionale che presti assistenza alla Persona nell'arco della giornata o della settimana.
- q Assenza di contemporanea fruizione di altre misure e/o interventi regionali e/o altri servizi d'offerta della rete socio-sanitaria (eccezion fatta per interventi di tipo ambulatoriale e per prestazioni occasionali o continuative di soli prelievi erogati in ADI)

Che l'erogazione del Servizio è subordinata ad una visita domiciliare in cui verranno somministrate le scale di valutazione del livello di non autosufficienza (Barthel modificato) e dello stress (Caregiver burden inventori – CBI). Il punteggio ottenuto con la prima scala dovrà essere necessariamente inferiore a 24 per i richiedenti rientranti nella categoria "anziani non autosufficienti". La scala dello stress servirà invece a declinare gli interventi a favore della famiglia e dei caregivers.

FORME SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE

Sede Legale:
Via Meriggio, 4
23100 Sondrio
0342 21 12 51

www.formecoop.it
info@formecoop.it
C.F./P.IVA- N.Iscrizione Registro Imprese 00605190149
REA SO-42667 – Iscr. Albo Coop. A110606

Che la fruizione del servizio è finanziato dal Servizio Sanitario Regionale solo nei modi e nei termini definiti dal “Piano Assistenziale Individualizzato” (PAI), concordato con l’Assistito e/o i propri famigliari e rispondente a limiti finanziari stabiliti dall’ente regionale stesso.

ALLEGA

- q Certificazione medica (seconda parte del presente modulo) attestante lo stato di salute del richiedente (solo per le persone anziane non autosufficienti)
- q Certificazione rilasciata dal medico specialist (Geriatra o Neurologo) attestante la sussistenza della condizione patologica di demenza (solo per le persone affette da demenza)
- q Certificazione diagnostica di demenza/Alzheimer (solo per persone affette da demenza);
- q Copia del verbale di Invalidità Civile (per persone anziane non autosufficienti);
- q Copia del documento di identità in corso di validità dell’interessato all’erogazione della misura;
- q Copia del documento di identità in corso di validità di chi firma la domanda (se diverso dall’interessato al beneficio della misura);
- q Copia dell’eventuale documentazione sanitaria e socio-sanitaria attestante le condizioni clinico-funzionali (solo se già posseduta);

CHIEDE

Di usufruire del servizio di RSA Aperta presso:

- q Proprio domicilio sito a..... in via, n°
- q Presso la RSA Baita Serena di S. Nicolò Valfurva (SO) in regime di semi residenzialità o di prestazioni in RSA.

che la proposta di ammissione venga comunicata al seguente numero telefonico (indicare numeri che consentano la pronta reperibilità):

Tel.n° _____ del Sig./ra _____

SI IMPEGNA

A rendere disponibile alla Direzione della RSA Baita Serena tutta la documentazione sanitaria necessaria all’inquadramento clinico-assistenziale del caso, oltre ad una breve relazione (parte seconda del presente documento), stilata dal medico curante sullo stato di salute del richiedente e sulle terapie in atto.

Data

Firma del Richiedente/Amministratore di Sostegno/Caregiver

FORME SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE

Sede Legale:
Via Meriggio, 4
23100 Sondrio
0342 21 12 51

www.formecoop.it
info@formecoop.it
C.F./P.IVA- N.Iscrizione Registro Imprese 00605190149
REA SO-42667 – Iscr. Albo Coop. A110606

PARTE SECONDA: Valutazione sanitaria (a cura del Medico curante o medico specialista)

Informativa al medico

Stim. Dottore,

il Suo Assistito intende presentare la domanda di ammissione al servizio “RSA Aperta” erogato dalla RSA Baita Serena di S. Nicolò Valfurva (SO) nelle modalità di cui al D.G.R. n°7767 del 17 gennaio 2018.

A tal fine, Le si richiedono informazioni di carattere sanitario sufficienti e necessarie ad impostare e realizzare un piano assistenziale individualizzato.

Le chiediamo di compilare lo schema seguente, indicando le principali patologie di cui l’Assistito è affetto o lo è stato e le terapie in atto.

PRINCIPALI PATOLOGIE PREGRESSE

BREVE VALUTAZIONE SANITARIA CON INDICAZIONE DEI QUADRI MORBOSI IN ATTO

FORME SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE

Sede Legale:
Via Meriggio, 4
23100 Sondrio
0342 21 12 51

www.formecoop.it
info@formecoop.it
C.F./P.IVA- N.Iscrizione Registro Imprese 00605190149
REA SO-42667 – Iscr. Albo Coop. A110606

TERAPIE IN ATTO

Data

Firma del Medico Curante

FORME SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE

Sede Legale:
Via Meriggio, 4
23100 Sondrio
0342 21 12 51

www.formecoop.it
info@formecoop.it
C.F./P.IVA- N.Iscrizione Registro Imprese 00605190149
REA SO-42667 – Iscr. Albo Coop. A110606