

Direzione di Distretto
 San Benedetto del Tronto

DOMANDA DI AMMISSIONE
Strutture residenziali e semiresidenziali
 (Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA/RSAD) - Residenza Protetta (RP/RPD)
 Centro Diurno Alzheimer - Centro Diurno Anziani

Al PUA - Punto Unico di Accesso
c/o Distretto Sanitario
 Via Romagna, 7
 63074 San Benedetto del Tronto

Il/la sottoscritto/a _____
 Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
 Residente a _____ (AP) in via _____ n. ____
 Codice Fiscale _____ Tel _____ Cell. _____
 e-mail _____

CHIEDE L'AMMISSIONE IN

<input type="checkbox"/> CENTRO SEMIRESIDENZIALE	<input type="checkbox"/> CENTRO RESIDENZIALE
- Centro Diurno Alzheimer - San Benedetto del Tronto	- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)
- Centro Diurno Anziani - San Benedetto del Tronto	- Residenza Protetta (RP)
	- Residenza Protetta Demenze (RPD)
	- Residenza Sanitaria Assistenziale Demenze (RSAD)

Per se medesimo

oppure

Per _____ grado di parentela _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
 Residente a _____ (AP) in via _____ n. ____
 Codice Fiscale _____ Tel _____ Cell. _____

Pagamento retta:

- Retta a TOTALE carico del richiedente
- Retta a PARZIALE carico del richiedente (la domanda di integrazione retta va presentata al Comune di residenza del destinatario del servizio)

Consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal

codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali ai soli fini dello svolgimento del procedimento per l'ottenimento del servizio semiresidenziale/residenziale ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

Allega alla presente:

- richiesta di attivazione del Medico di Medicina Generale e/o Specialista di riferimento
- copia del documento di identità del richiedente

Luogo e Data _____

IL RICHIEDENTE

(firma leggibile)

PUA - Punto Unico di Accesso

Via Romagna, 7 - San Benedetto del Tronto, Tel. 0735 793604, fax 0735 793614
mail - puasbt.av5@sanita.marche.it



**ATTIVAZIONE SISTEMA DELLE CURE RESIDENZIALI
 PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DEL MMG E AUTORIZZAZIONE DELL'UVD
 VALUTAZIONE SOCIO-ASSISTENZIALE**

Al Direttore di Distretto
 Ufficio Protocollo A.V.5

Assistito del dott. (MMG): _____

Tel: _____

(Scrivere in stampatello maiuscolo)

SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI

Cognome: _____		Nome: _____	
Data di nascita: ____/____/____		Comune di nascita: _____	
Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Cod. Sanit.: _____	
Telefono: _____			
Comune di residenza: _____		Via: _____	N. _____
Domiciliato presso: _____		Telefono: _____	
Persona di riferimento: _____		Telefono: _____	

NECESSITA DI:

- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) Centri Diurni
 - Residenza Protetta (RP)

SEZIONE B - AUTOSUFFICIENZA (compilare da parte del MMG)

<input type="radio"/> - persona non autosufficiente	<input type="radio"/> Temporaneamente	Punteggio scale VMD-RUG Compilare da parte dell'UVD		
<input type="radio"/> - persona parzialmente autosufficiente		ADL		
<input type="radio"/> - persona con limitazione lieve dell'autosufficienza	<input type="radio"/> Permanentemente	IADL		
<input type="radio"/> - persona autosufficiente ma in situazione di rischio socio-sanitario		SPMSQ		
		FIM		
		RUG		

