

DATA PRESENTAZIONE DOMANDA: _____ NUM.PROT. _____

DOMANDA RICHIESTA DI INTERVENTO MISURA RSA APERTA

All'Ente Gestore della Residenza Socio Assistenziale

- "R.S.A. MONS. F. PINZONI", Via Ottaviano Montini, 37 25133 Brescia
- "R.S.A. PAOLA DI ROSA", Via S. Maria Crocifissa Di Rosa, 2 25020 Capriano del Colle (BS)

DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI DELLA MISURA

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° _____

Telefono: _____ E.mail _____

Compilare solo qualora il domicilio non coincida con la residenza

Comune di domicilio _____ prov. (____) CAP _____

via e n° _____

DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ prov.(____)

Codice Fiscale: _____

residente in _____ prov. (____) CAP _____

via _____ n° _____

Telefono: _____ E.mail _____

CHIEDE

l'accesso alla valutazione prevista per la fruizione degli interventi offerti dalla **Misura RSA APERTA.**

A tale scopo, 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,

DICHIARA

1. **che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non beneficia di misure (compresa la presente) e/o interventi regionali incompatibili ovvero di rinunciarvi/rinuncerà al momento dell'attivazione di RSA APERTA;**
2. che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non fruisce di altri servizi/unità d'offerta semiresidenziali della rete socio-sanitaria;
3. di non avere in corso altre richieste per la **misura RSA aperta**.

DICHIARA ALTRESÌ (BARRARE LA CASELLA INTERESSATA)

- di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale (indicare relazione di parentela):

- di essere altro care giver (indicare legame con il richiedente: amico, conoscente, ...):

- di essere AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina) _____)
- di essere TUTORE del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina) _____)
- di essere CURATORE del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina) _____)

ALLEGA

- Certificazione diagnostica di demenza/Alzheimer (solo per persone affette da demenza);
- Copia del verbale di Invalidità Civile (per persone anziane non autosufficienti);
- Copia del documento di identità in corso di validità dell'interessato all'erogazione della misura;
- Copia del documento di identità in corso di validità di chi firma la domanda (se diverso dall'interessato al beneficio della misura);
- Copia dell'eventuale documentazione sanitaria e socio-sanitaria attestante le condizioni clinico-funzionali (solo se già posseduta);

Luogo e data: _____

FIRMA

AVVERTENZE

La domanda compilata in ogni sua parte e corredata da tutta la documentazione necessaria può essere trasmessa nelle seguenti modalità:

- invio a mezzo mail **all'indirizzo accettazione@villadisalute.it**
- consegna diretta presso l'ufficio ACCETTAZIONE della Fondazione Paola Di Rosa onlus ubicato in Brescia Via Ottaviano Montini, 37 **ESCLUSIVAMENTE MEDIANTE APPUNTAMENTO** da concordarsi telefonando al numero 03020190516 nei seguenti giorni ed orari: da lunedì a giovedì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 16.00.

Si ricorda che ai sensi dell'art. 4 della D.G.R. n. X/7769/18 e s.m.i. i "soggetti beneficiari della Misura RSA APERTA" sono cittadini residenti in Lombardia, nelle seguenti condizioni:

- 1) **Persone con demenza** ovvero in presenza di certificazione rilasciata da medico specialista geriatra/neurologo di strutture accreditate/equipe ex U.V.A. ora CDCD;
- 2) **Anziani non autosufficienti** ovvero con età pari o superiore a 75 anni, riconosciuti invalidi civili al 100% e con rilevazione Barthel inferiore a 24/100