

ASST

RICHIESTA DI PRESTAZIONE EXTRAREGIONALE c/o STRUTTURE SOCIO SANITARIE ACCREDITATE /
CONVENZIONATE**Si richiede:**

(barrare con una X la voce interessata)

- RICOVERO C/O RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE PER DISABILI (RSD)
- RICOVERO C/O HOSPICE
- TRATTAMENTO RIABILITATIVO IN ISTITUTI RIABILITATIVI (ex ART. 26 – LEGGE 833/78) IN REGIME:
- AMBULATORIALE DOMICILIARE DI RICOVERO

c/o la struttura denominata _____

situata (indirizzo) _____

recapiti telefonici _____

a favore di

sig/sig.ra _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) (CAP _____)

in via/p.za _____ n° _____

tel. n° _____ e-mail _____

Codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

stato civile _____ MMG _____

Riconosciuta invalidità civile NO inoltrata domanda in attesa di verbale SI _____ %Riconosciuta indennità di accompagnamento NO SIProtezione giuridica: NO inoltrata istanza SIQuale? Tutore Curatore Amministratore Sostegno altro _____**CONTESTO ABITATIVO**Con chi vive abitualmente? solo/a coniuge figli altro (specificare) _____Dove? al proprio domicilio in alloggio attiguo a quello dei familiari c/o familiari

Attualmente dove si trova?

 al proprio domicilio in ospedale _____ in struttura riabilitativa _____ in altra struttura residenziale (specificare) _____

CONTESTO FAMILIARE

| NOMINATIVO | GRADO PARENTELA | ETÀ | RESIDENZA | CONVIVENTE (si/no) |
|------------|-----------------|-----|-----------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

MOTIVI DELLA RICHIESTA DI UNA STRUTTURA FUORI REGIONE

La presente richiesta è inoltrata da:

- diretto interessato /genitore (in caso di minori)
- amministratore di sostegno/tutore/curatore (indicare estremi del provvedimento di nomina o allegare)
- procuratore (SOLO nel caso la procura lo preveda; allegare l'atto di procura generale notarile)
- se la persona è temporaneamente impedita a presentare la domanda: familiare, ex art 433 c.c. (coniuge o, in caso di assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado),
 _____ (specificare) sig./sig.ra _____ residente
 a _____ (____) (CAP _____) in via _____ n° _____
 tel. n° _____ (c/o cui verrà inviato l'esito della valutazione)

Che, a tal fine, dichiara di essere 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 e allega:

- documentazione sanitaria redatta dal medico che ha in carico l'interessato (specialista di branca o MMG,...) con valutazione funzionale che evidenzia lo stato di dipendenza e inoltre, per la richiesta di ricovero riabilitativo, le motivazioni cliniche della necessità di interventi riabilitativi e la necessità che lo stesso venga erogato fuori Regione Lombardia;
- piano riabilitativo individuale (ESCLUSIVAMENTE PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONE RIABILITATIVA);
- eventuale altra documentazione clinica recente (Verbale di invalidità, dimissioni ospedaliere, vis. specialistiche, ...);
- documento d'identità valido dell'interessato e di chi sottoscrive la domanda (se diverso dall'interessato)
- eventuale valutazione del servizio sociale che ha in carico l'interessato.
- consenso al trattamento dei dati personali
- altro, specificare.....

Data _____

(firma leggibile)