

Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 VAILATE (Cremona) - Via Caimi n. 21 - P.I. 00305030199

Tel. 0363-84020 – Fax 0363-340373 e.mail: caimi@fondazionecaimi.it - www.fondazionecaimi.it

DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA RSA APERTA

All'Ente Gestore della RSA FONDAZIONE OSPEDALE CAIMI ONLUS

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

Il Sig./La Sig.ra _____
(Cognome e Nome)

Data di nascita ___/___/_____ Et  ___ Luogo di nascita _____ prov. (___)

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

residente in _____ prov. (___) CAP _____

via _____ n  ___ Telefono _____

e-mail _____

Compilare solo qualora l'indirizzo 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 _____ Nome _____

residente in _____ prov. (___) CAP _____

via _____ n  ___ Telefono _____

e-mail _____

Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 VAILATE (Cremona) - Via Caimi n. 21 - P.I. 00305030199

Tel. 0363-84020 – Fax 0363-340373 e.mail: caimi@fondazionecaimi.it - www.fondazionecaimi.it

CHIEDE

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

DICHIARA

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

1. di non beneficiare / 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. di non fruire / che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non fruisce di altri servizi/unità d'offerta semiresidenziali della rete sociosanitaria;
3. di non avere in corso altre richieste per la misura RSA aperta;

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 dell'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);

Fondazione Ospedale Caimi ONLUS

26019 VAILATE (Cremona) - Via Caimi n. 21 - P.I. 00305030199

Tel. 0363-84020 – Fax 0363-340373 e.mail: caimi@fondazionecaimi.it - www.fondazionecaimi.it

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

- 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 caregiver (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: _____)

Luogo e data: _____

FIRMA
