

Al Distretto n ASL di Milano
Ss Coordinamento attività socio-sanitarie e fragilità
Via.....
Telefono 02.8578.....
Indirizzo mail.....

MISURA: RSA APERTA
DGR 2942 del 19 /12/2014

La misura prevede interventi flessibili, erogabili dalle RSA (Residenza sanitaria assistenziale) a sostegno della domiciliarità, per la durata massima di un anno sulla base del progetto individuale definito da ASL.

Destinatari:

persone residenti in Regione Lombardia, iscritti al sistema sanitario regionale affette da demenza certificata da specialista neurologo/geriatra, persone non autosufficienti di età superiore ai 75 anni sottoposte a valutazione multidimensionale da parte di ASL. Per entrambe le categorie, la valutazione deve essere completata con la somministrazione della scala dello stress del familiare/ personale di assistenza.

Tipologie di prestazioni erogabili (a titolo esemplificativo) : integrazione del lavoro del care-giver /sostituzione temporanea, addestramento del care-giver, intervento di analisi e adattamento degli ambienti terapia occupazionale, interventi di stimolazione cognitiva, altre attività integrative presso RSA o CDI

Il/la sottoscritto/a _____
Nato il _____ a _____
residente a _____ in via _____ n° _____
cap _____ telefono n° _____
mail _____

in qualità di diretto interessato

OPPURE(*)

in qualità di tutore

(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)

in qualità di curatore

(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)

in qualità di amministratore di sostegno

(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)

in qualità di procuratore (**)

Se la persona è temporaneamente impedita a presentare la domanda (*)**

in qualità di coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela: _____)

di:

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____
residente in _____ prov. (____) cap _____
via _____ n° _____

CHIEDE

di essere contattato al seguente numero telefonico/indirizzo/ indirizzo mail per poter accedere alla valutazione multidimensionale prevista per la fruizione degli interventi offerti dalla Misura RSA aperta (Residenza Sanitaria Assistenziale aperta)

allegando la seguente documentazione:

- Certificazione diagnostica rilasciata da Unità Valutative Alzheimer/strutture sanitarie pubbliche e private accreditate nella branca di competenza.
- Certificazioni specialistiche di eventuali rilevanti patologie concomitanti (se in possesso)
- Modello 1 firmato di fronte a pubblico ufficiale (se previsto)

Luogo e data

Firma

(firma del dichiarante)

(firma dell'altro genitore esercente la potestà genitoriale)

Note per la compilazione della domanda

(*) *Nel caso la persona versi in uno stato di impedimento permanente*

(**) *(SOLO nel caso la procura lo preveda: in questo caso è necessario allegare l'atto di procura generale notarile)*

(***) *(N.B.: in questo caso è necessario rendere una dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000, compilando il **modello 1** di fronte ad un pubblico ufficiale)*