DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA
RSA APERTA

☐ **All'Ente Gestore della RSA Fondazione Santa Chiara Centro Multiservizi per la Popolazione Anziana Onlus (Via Paolo Gorini, Lodi, 48-26900 Lodi)**

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 _____ Nome _____

residente in _____ prov. (____) CAP _____

via_____n°___Telefono:_____

e-mail_____

C H I E D E

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

DICHIARA

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

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 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);

(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 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:_____)

Luogo e data: _____ **FIRMA**

_____