

AREA GOVERNO DELLA RETE
CENTRALE OPERATIVA AZIENDALE
RSA – Accoglienza e Accesso

N. REGISTRAZIONE _____

DATA _____

Richiesta di Ospitalità
in struttura per persone non autosufficienti, anche anziane

Si richiede per il Sig./ la Sig.ra
l'inserimento nella lista d'attesa per l'ospitalità in struttura per **"persone non autosufficienti, anche anziane"**

- ASSISTENZA INTENSIVA** presso **LA PRIMA STRUTTURA DISPONIBILE** del territorio della ASL Roma 1
(Ancelle Francescane del Buon Pastore, Policlinico Italia, Villa Domelia, Villa Verde, Salus)
- ASSISTENZA ESTENSIVA PER DISTURBI COGNITIVO COMPORTAMENTALI GRAVI**
(Villa Grazia)
- ASSISTENZA ESTENSIVA PER NON AUTOSUFFICIENTI**
(Policlinico Italia – Monte Mario)
- REGIME SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO PER DISTURBI COGNITIVO COMPORTAMENTALI** (San Raffaele Monte Mario)

ASSISTENZA DI MANTENIMENTO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Auxologico Roma Buon Pastore [A] | <input type="checkbox"/> San Giuseppe [A e B] |
| <input type="checkbox"/> Anni Azzurri-Parco di Veio [A] | <input type="checkbox"/> Santa Francesca Romana – Don Gnocchi [A] |
| <input type="checkbox"/> Don Orione [A] | <input type="checkbox"/> Santa Lucia dei Fontanili [A] |
| <input type="checkbox"/> Nostra Signora del Sacro Cuore [A e B] | <input type="checkbox"/> San Raffaele Flaminia [A] |
| <input type="checkbox"/> Policlinico Italia [A] | <input type="checkbox"/> Villa Aurora [A] |
| <input type="checkbox"/> Salus [A] – Accessi sospesi Ex DGR 153/2023 | <input type="checkbox"/> Villa Chiara [A] |
| <input type="checkbox"/> Santa Chiara [B] | <input type="checkbox"/> Villa Sacra Famiglia [A] |
| <input type="checkbox"/> Monte Mario [A] | <input type="checkbox"/> Villa Verde [A] |
| <input type="checkbox"/> RICHIESTA DI NULLA OSTA PER RSA DI ALTRE ASL | <input type="checkbox"/> LA PRIMA STRUTTURA DISPONIBILE- Obbligatoriamente per
I trasferimenti da Ospedale |

A tal fine si allega la seguente documentazione:

(1) Fotocopia documento di riconoscimento (2) Fotocopia tessera sanitaria (3) Copia Scheda Autorizzazione SIRA

- Sono informato/a che la mancata risposta entro:
 - il termine di 24 ore dalla comunicazione della disponibilità del posto;
 - il termine di 24 ore dall'assegnazione del posto e contestuale invito a contattare la struttura di ricovero;
 - il termine di 72 ore dall'accettazione del posto per completare il trasferimento presso la struttura di ricovero; comporterà automaticamente la cancellazione del nominativo dalla lista d'attesa.
- Pertanto, mi impegno a comunicarvi tempestivamente ogni variazione di recapito o eventuale richiesta di rimozione dalla lista di attesa.
- Consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato. I dati verranno trattati nel rispetto della vigente normativa sulla privacy.
- Il sottoscritto dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso della persona interessata e che è a conoscenza che la diaria giornaliera di carattere sociale alberghiero in RSA è a carico dell'utente e che è possibile presentare, successivamente all'ingresso in RSA, la domanda di prestazione integrativa al Municipio di residenza e che, se al termine della procedura di valutazione reddituale del Municipio risulterà un indicatore ISEE RSA finale maggiore di €. 20.000,00, la diaria giornaliera di carattere sociale alberghiero sarà posta a totale carico dell'utente. È possibile richiedere tale modello al CAF se in possesso di certificato di invalidità rilasciato dall'INPS superiore al 66%.

GENERALITA' DEL RICHIEDENTE

Cognome.....Nome.....

Indirizzo.....Tel.....

Cell..... E- Mail.....

Grado di parentela..... Documento riconoscimento..... n.....

DATA

FIRMA