

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 DI MANTENIMENTO:**

- | | |
|---|---|
| ☐ TUTTE LE STRUTTURE*** | ☐ San Giuseppe [A e B] |
| ☐ Auxologico Roma Buon Pastore [A] | ☐ Santa Francesca Romana - Don Gnocchi [A] |
| ☐ Anni Azzurri - Parco Di Veio [A] | ☐ Santa Lucia dei Fontanili [A] |
| ☐ Don Orione [A] | ☐ San Raffaele Flaminia [A e B] |
| ☐ Nostra Signora del Sacro Cuore [A e B] | ☐ Villa Aurora [A] |
| ☐ Policlinico Italia [A] | ☐ Villa Chiara [A] |
| ☐ Salus [A] | ☐ Villa Sacra Famiglia [A] |
| ☐ Santa Chiara [B] | ☐ Villa Verde [A] |
| ☐ San Raffaele Monte Mario [A] | |

- ☐ **ASSISTENZA INTENSIVA - R1** presso LA PRIMA STRUTTURA DISPONIBILE del territorio della ASL Roma 1
(Auxologico Roma Buon Pastore - Policlinico Italia - Villa Domelia - Villa Verde - Salus)

- ☐ **ASSISTENZA ESTENSIVA PER DISTURBI COGNITIVO COMPORTAMENTALI GRAVI - EPDCC**
(Villa Grazia - San Raffaele Flaminia)

- ☐ **ASSISTENZA ESTENSIVA PER NON AUTOSUFFICIENTI - EPNA**
(Policlinico Italia - San Raffaele Monte Mario - Salus)

- ☐ **ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE ESTENSIVO PER DISTURBI COGNITIVO COMPORTAMENTALI**
(San Raffaele Monte Mario)

- ☐ **RICHIESTA DI NULLA OSTA PER RSA DI ALTRE ASL**

Come da procedura aziendale si informa che la scelta è consentita per tutte le strutture oppure al massimo per due strutture RSA insistenti sul territorio ASL ROMA 1;

***La scelta RSA non è consentita per pazienti degenti in strutture per acuti o per setting assistenziali intermedi qualora non sia prevista la dimissione a domicilio al termine della degenza (in questo caso indicare l'opzione TUTTE LE STRUTTURE).

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