



Allega la seguente proposta di ricovero / assistenza domiciliare redatta:

dal Medico di Medicina Generale / Pediatra dott./ssa \_\_\_\_\_

dal Dirigente della U.O. \_\_\_\_\_ OSPEDALE \_\_\_\_\_ dr./ssa \_\_\_\_\_

dai Servizi Sociali del comune di: \_\_\_\_\_

Allega la seguente documentazione:

Dettagliata documentazione medica sulle patologie di cui è affetto/a o cartellino di dimissione ospedaliera ed eventuale piano terapeutico e/o riabilitativo in atto

Fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale dell'avente diritto e del richiedente.

La DSU rilasciata dal CAF attestante la avvenuta richiesta di certificazione ISEE ordinario dell'avente diritto.

La DSU rilasciata dal CAF attestante la avvenuta richiesta di certificazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitarie erogate in ambiente residenziale, con componente aggiuntiva dei figli, ai sensi del DPCM n. 159/2013 (art.6 comma b).

La DSU rilasciata dal CAF attestante la avvenuta richiesta di certificazione ISEE per altre prestazioni agevolate dell'avente diritto.

La DSU rilasciata dal CAF attestante la avvenuta richiesta di certificazione ISEE minorenni per figli di genitori non conviventi dell'avente diritto.

**Informato sulle responsabilità penali cui si può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché sulle conseguenze previste dall' art.75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera il richiedente, sotto la propria responsabilità dichiara, ai sensi degli artt. 4,5,46, 47del DPR 455/2000 e s.m.i. di essere:**

invalido civile al \_\_\_\_\_/ % con / senza assegno di accompagnamento

titolare di pensione sociale

privo di alcun reddito personale

di impegnarsi al pagamento della quota sociale di partecipazione

di NON essere in grado di far fronte al pagamento della quota sociale di compartecipazione

di avvalersi dei Buoni Servizio di Conciliazione della Regione Puglia e di impegnarsi a versare, per i s

servizi semiresidenziali (Centri Diurni, artt. 60 e 60 ter RR 4/2007) la quota fissa pari ad € 50 ,00

mensili e la quota variabile aggiuntiva determinata in base al valore dell'ISEE ordinario da pagare direttamente al soggetto gestore dell'Unità di Offerta prescelta.

Altro (specificare): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma dell'Avente Diritto \_\_\_\_\_

Firma del richiedente (curatore, tutore o altro (specificare.....))

Firma del richiedente che firma per impedimento temporaneo dell'avente diritto (Art. 4 DPR 445/2000)

Autorizza:

SI      NO    il trattamento dei propri dati ai sensi delle normative vigenti

SI      NO    il trattamento dei propri dati per scopi di ricerca statistica e scientifica

SI      NO    L'ASL Bari a comunicare ad altre Istituzioni Pubbliche (Distretti S.S., Comune, Provincia Regione) i dati strettamente necessari per la soluzione di specifici problemi socio-sanitari che riguardano l'interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di assistito presso la struttura:

---

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(Firma del richiedente)