

Oggetto: Richiesta di ricovero presso Casa Protetta/ R.S.A. _____
Con sede in _____.

_____ I _____ sottoscritt _____ nat _____ il _____
a _____ prov. _____ e residente a _____
prov. _____ in Via _____ tel. _____

C H I E D E

a codesta Spett.le A.S.P., in nome e per conto del _____ congiunt _____
nat _____ a _____ prov. _____ il _____ e residente a _____
prov. _____ Via _____

l'autorizzazione al ricovero presso la struttura in oggetto.

Si specifica che tale Struttura è convenzionata con la Regione Calabria ai sensi delle vigenti normative in materia nazionali e regionali.

All'uopo si allegano:

1. Prescrizione, proposta o richiesta, compilata sul modulario del S.S.N. dal medico di medicina generale di fiducia dell'assistito accompagnata da una certificazione su carta intestata attestante la non autosufficienza con l'indicazione della diagnosi, e lo stato di non assistibilità a domicilio con durata massima di 180 gg. ;
2. Certificazione anagrafica (Nascita, Residenza e Stato di famiglia);
3. Certificazione reddituale – Indicatore della Situazione Economica (ISE) – ai sensi del D.L.vo 31 marzo 1998 n. 109, modificato dal D.L.vo n. 130 del 3 maggio 2000 e del DPCM n. 242 del 4 aprile 2001;
4. Certificazione rilasciata dai competenti uffici da cui risulti l'attribuzione di emolumenti relativi a pensioni a vario titolo percepite, invalidità civile, indennità di accompagnamento, invalidità al lavoro ecc.;
5. Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28 febbraio 2000 attestante il reddito netto mensile percepito, gli eventuali altri redditi (da terreni, fabbricati, ecc.) l'eventuale invalidità civile con o senza indennità di accompagnamento e con la quale il soggetto si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione intervenuta sugli emolumenti di cui al punto 4.

Con osservanza
