

Alla cortese attenzione
del Responsabile Servizio Disabili
Dipartimento ASSI
A.S.L. Provincia di Bergamo
Via Galliccioli, 4
Tel 0357385377 – fax 035/385380

E p.c. al Sindaco
del Comune di

RICHIESTA DI AMMISSIONE PRESSO:

- CENTRO DIURNO DISABILI (C.D.D)**
 RESIDENZA SANITARIA DISABILI (R.S.D.)

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ tel. n° _____
in qualità di _____ del/la sig./ra _____ nato/a il _____
a _____ Residente a _____
via _____ n° _____ tel. n° _____
stato civile _____
precedentemente ricoverato od inserito presso il servizio _____
sito in _____ tel. n° _____

CHIEDE

Il suo inserimento presso il Centro Diurno Disabili / Residenza Sanitaria Disabili

Dichiara inoltre di:

- ⇒ Essere a conoscenza dell'impegno economico a mio carico ed a carico del Comune di residenza;
- ⇒ Impegnarmi a versare, secondo le modalità stabilite dall'ASL di Bergamo, la quota spettante e gli eventuali adeguamenti previsti dal regolamento;
- ⇒ Essere in carico al servizio sociale di _____ e di far riferimento all'operatore _____ - n° tel. _____ -
- ⇒ Essere in carico al medico curante _____ n° tel _____ e al medico specialista _____ - n° tel _____
- ⇒ Impegnarmi a fornire al Servizio Disabili le informazioni e documentazioni necessarie all'istruttoria della domanda ed all'eventuale accoglienza presso la struttura richiesta.

Informazioni utili relative al soggetto disabile:

N° tessera sanitaria _____ N° esenzione ticket _____

codice fiscale _____ carta d'identità n° _____

invalidità civile riconosciuta il _____ percentuale _____

Legge 104/92 il _____ indennità di accompagnamento dal _____

Redditi

Pensioni

Tipo _____ n° _____ importo mensile _____

Tipo _____ n° _____ importo mensile _____

Sito in _____ n° tel. _____

Altri redditi

Specificare _____ importo mensile _____

Composizione nucleo familiare

Nome e Cognome	Data di nascita	Parentela	Professione	Telefono

Altre persone significative e di riferimento (tutore, amici, volontari ...)

Nome e Cognome	Data di nascita	Professione

Data _____

Firma di chi presenta la domanda _____

Documenti da allegare alla domanda:

- copia del verbale di invalidità e della L. 104/92;
- relazione sociale del servizio di provenienza;
- documentazione socio-sanitaria aggiornata, utile alla valutazione;
- autorizzazione ed impegnativa del comune di residenza