

Al Distretto n ... ASL di Milano  
Ss Coordinamento Attività Socio-Sanitarie  
e fragilità  
Via .....  
Telefono 02.8578 ...  
Indirizzo mail.....

**MISURA: RSA LEGGERA/ASSISTITA**  
DGR 2942 del 19 /12/2014

La misura prevede un contributo economico per l'inserimento in soluzioni abitative singole o comunitarie con caratteristiche di protezione, a parziale copertura della retta definita dalla struttura.

**Destinatari:**

persone residenti in Regione Lombardia, iscritti al sistema sanitario regionale, di età superiore ai 60 anni, in condizioni di fragilità/parziale autosufficienza, provenienti dal domicilio o da RSA, ma non da altre strutture residenziali della rete di offerta sociale in cui sono già inserite, sottoposte a valutazione multidimensionale da parte di ASL.

L'esito della valutazione determinerà l'appropriatezza dell'accesso alla misura, definendo anche il livello di intensità assistenziale più opportuno ( bassa o media intensità)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ telefono n° \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

in qualità di diretto interessato

**OPPURE(\*)**

in qualità di tutore

(indicare estremi provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)

in qualità di curatore

(indicare estremi provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)

in qualità di amministratore di sostegno

(indicare estremi provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)

in qualità di procuratore (\*\*)

**Se la persona è temporaneamente impedita a presentare la domanda (\*\*\*)**

in qualità di coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela: \_\_\_\_\_)

**di:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di essere contattato al seguente numero telefonico/indirizzo/ indirizzo mail per poter accedere alla valutazione multidimensionale prevista per la fruizione degli interventi previsti dalla Misura RSA leggera o assistita (Residenza Sanitaria Assistenziale leggera o assistita)

allegando la seguente documentazione:

- Certificazioni specialistiche di eventuali rilevanti patologie concomitanti (se in possesso)
- Modello 1 firmato di fronte a pubblico ufficiale (se previsto)

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma del dichiarante)

\_\_\_\_\_

(firma dell'altro genitore esercente la potestà genitoriale)

### **Note per la compilazione della domanda**

*(\*) Nel caso la persona con età maggiore di 60 anni affetta da ALTRE PATOLOGIE versi in uno stato di impedimento permanente*

*(\*\*) (SOLO nel caso la procura lo preveda: in questo caso è necessario allegare l'atto di procura generale notarile)*

*(\*\*\*) (N.B.: in questo caso è necessario rendere una dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000, compilando il **modello 1** di fronte ad un pubblico ufficiale)*