

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

All' ATS di Brescia
Viale Duca degli Abruzzi, 15
25124 Brescia

**DOMANDA DI ACCESSO PER
LA MISURA RESIDENZIALITA' MINORI DISABILI GRAVISSIMI
AI SENSI DELLA D.G.R. 7769/2018**

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ Provincia (_____) il _____

Residente a _____ in via _____ CAP _____ Provincia (_____)

Domiciliato (solo se diverso dalla residenza)

a _____ in via _____ CAP _____ Provincia (_____)

codice fiscale _____ recapito telefonico _____

eventuale indirizzo e-mail _____

in qualità di :

genitore munito della responsabilità genitoriale (barrare una delle caselle sotto elencate)

congiunta con il coniuge che è informato e concorda in merito alla presentazione della presente domanda

in via esclusiva

tutore, curatore, amministratore di sostegno (allegare copia del decreto del Tribunale)

**CHIEDE L'ATTIVAZIONE
della Misura
RESIDENZIALITA' PER MINORI CON GRAVISSIMA DISABILITA'**

a favore del minore:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ Provincia (_____) il _____

Residente a _____ in via _____ CAP _____ Provincia (__)

Domiciliato a _____ in via _____ CAP _____ Provincia (__)

maschio femmina

Tessera Sanitaria _____

Codice Fiscale _____

CERTIFICAZIONI

Invalidità Civile (% ____) In corso

Indennità Accompagnamento

L.104/92 Handicap Grave

Esenzione ticket sanitario specificare codice _____

Eventuale frequenza:

nido

Scuola dell'infanzia

Scuola primaria

Scuola secondaria di primo grado

Diagnosi:

Bisogni del minore:

servizi attivi:

ricoveri ospedalieri effettuati:

nome struttura _____ dal _____ al _____

nome struttura _____ dal _____ al _____

nome struttura _____ dal _____ al _____

nome struttura _____ dal _____ al _____

Attualmente è ricoverato: SI NO

presso _____ dal _____

per il seguente motivo _____

Operatore di riferimento _____ recapito tel. _____

NUCLEO FAMILIARE DI RIFERIMENTO:

PADRE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ Provincia (_____) il _____ età (_____)

Residente a _____ in via _____ CAP _____ Provincia (_____)

Domiciliato (solo se diverso dalla residenza)

a _____ in in via _____ CAP _____ Provincia (_____)

codice fiscale _____ recapito telefonico _____

eventuale indirizzo e-mail _____

professione _____

Convivente con il minore: SI NO

MADRE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ Provincia (_____) il _____ età (_____)

Residente a _____ in via _____ CAP _____ Provincia (_____)

Domiciliato (solo se diverso dalla residenza)

a _____ in in via _____ CAP _____ Provincia (_____)

codice fiscale _____ recapito telefonico _____

eventuale indirizzo e-mail _____

professione _____

Convivente con il minore: SI NO

FRATELLO/SORELLA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ Provincia (_____) il _____ età (_____)

professione _____

Convivente con il minore: SI NO

FRATELLO/SORELLA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ Provincia (_____) il _____ età (_____)

professione _____

Convivente con il minore: SI NO**ALTRI CONVIVENTI**_____
_____**eventuali problematiche familiari da segnalare**_____
_____**FIGURE DI RIFERIMENTO****Pediatra di Famiglia** Dr./Dr.ssa _____ Tel. _____**Specialisti di riferimento** Dr./Dr.ssa _____ Tel. _____

Dr./Dr.ssa _____ Tel. _____

Altri Servizi di riferimento:

_____ tel. _____

_____ tel. _____

ALLEGA:

- Documentazione medica attestante la patologie e il grado di disabilità, rilasciata dal medico specialista (documentazione rilasciata all'atto della dimissione ospedaliera);
- copia del certificato di invalidità;
- copia del Documento di identità della persona affetta da gravissima disabilità e del richiedente;
- eventuale copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno;
- relazione sociale;
- consenso del trattamento dei dati.

Ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false dichiaro che quanto contenuto nella presente domanda corrisponde al vero.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che L' ATS si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. n. 445/2000) e, di utilizzare i dati personali forniti solo ai fini del procedimento in oggetto (Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003)

Luogo e data _____

Firma del richiedente: _____

Firma altro genitore: _____