



COMUNE DI SAN GIUSEPPE VESUVIANO

Provincia di Napoli

C.A.P. 80047 – Codice Fiscale n. 84002990632 – P. IVA 01549271219

Telefono Pbx +390818285111 – Fax 0815295682

Ambito Territoriale N26

Ai Servizi Sociali

Comune di _____

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

Il/la sottoscritto/a _____

_____ nato/a a _____

Prov. (____) il _____ residente a _____ CAP _____

Via _____ n. _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

- per se stesso;
- in qualità di: tutore e/o curatore o altro (specificare)

del/la Sig./ra _____

_____ (parentela) _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

via _____ n. _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

Medico curante: Dr _____

Composizione nucleo familiare

| Nome e Cognome | età | Professione | Residenza e tel. |
|----------------|-----|-------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Altri figli o familiari non conviventi

| Nome e Cognome | età | Professione | Residenza e tel. |
|----------------|-----|-------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

CHIEDE L'AMMISSIONE AL SEGUENTE SERVIZIO

ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) Relativamente a:

- Aiuto domestico
- Cura della persona
- Segretariato sociale
- Cambio biancheria e servizio lavanderia a domicilio

- Trasporto
- Assistenza nell'alzare dal letto
- Preparazione e/o aiuto nell'assunzione dei pasti
- Bagno assistito
- Aiuto nella deambulazione
- Aiuto nell'uso corretto di presidi, ausili, attrezzature
- Frizioni antidecubito
- Sostegno alla vita di relazione
- Accompagnamento per visite mediche o altre necessità
- Altro

(specificare _____)



ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

- Prestazioni sociali integrate a prestazioni igienico – sanitarie, complementari a quelle svolte normalmente dai familiari e/o in loro sostituzione e dalla equipe della ASL di competenza;

Allega:

- 1) Ultima Dichiarazione Sostitutiva Unica (ISEE), in corso di validità, del nucleo familiare convivente con l'utente.
- 2) Certificato medico attestante lo stato di salute;
- 3) Certificato di Invalidità civile (tale certificato esclude il certificato di cui al punto 2)
- 4) Attestazione handicap ai sensi della L.104/92 (art.3 comma 3);
- 5) Altra documentazione utile ai fini della graduatoria;
- 6) Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 si dà atto che

- il trattamento dei dati richiesti è funzionale all'istruttoria per il beneficio e sarà effettuato manualmente con sistemi informatizzati;

- il titolare del trattamento dei dati è il responsabile dell'istruttoria delle domande.

Si dà atto, inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale mancato conferimento degli stessi comporta l'impossibilità di proseguire la procedura amministrativa.

Al titolare del trattamento potrà essere rivolta istanza da parte dell'interessato per far valere i suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

DATA _____

FIRMA _____