

Servizio di Assistenza Domiciliare



Domanda di ammissione

COMUNE di residenza

Codice

Fiscale

Cognome e Nome

Nato/a il

Via

n. civico

Tel.

Eventuale

Tel. parenti

Il sottoscritto, trovandosi in una delle seguenti situazioni:

- ◆ anziano non autosufficiente;
- ◆ persona con ridotta autonomia;
- ◆ persona con disturbi della sfera psico-relazionale;
- ◆ persona che vive in situazioni di grave marginalità e isolamento sociale;
- ◆ disabile grave.

Chiede l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare per le prestazioni sottoelencate:

A Prestazioni rivolte alla persona

Ore settimanali

A.1. Igiene personale

Richieste

A.1.1.	Igiene personale totale		
A.1.2.	Igiene personale parziale		
A.1.3.	Bagno		
A.1.4.	Capelli		
A.1.5.	Manicure/Pedicure/Denti		
A.1.6.	Collaborazione per l'adozione di corrette norme igienico-alimentari		
A.1.7.	Altro _____		

A.2. Autonomia**Ore settimanali
Richieste**

A.2.1.	Alzare dal letto		
A.2.2.	Vestire/svestire		
A.2.3.	Aiuto nell'alimentazione		
A.2.4.	Preparazione pasti		
A.2.5.	Aiuto per una corretta deambulazione		
A.2.6.	Aiuto nel movimento di arti invalidi e nell'utilizzo di protesi/ausilii sanitari; Accorgimenti per una giusta posizione degli arti invalidi in condizione di riposo		
A.2.7.	Collaborazione nell'uso di accorgimenti o Attrezzature relative all'autonomia personale		
A.2.8.	Mobilizzazione della persona allettata		
	Mantenimento/recupero di abilità:		
A.2.9.	Cognitive in generale		
A.2.10.	Livelli/capacità di attenzione		
A.2.11.	Memoria/Comunicazione/Dialogo		
A.2.12.	Intervento per controllo/gestione stati emotivi; Intervento in situazione di non collaboratività		
A.2.13.	Altro _____		

A.3. Prestazioni a rilievo sanitario**Ore settimanali
Richieste**

A.3.1.	Contatti con il medico curante/specialisti		
A.3.2.	Assistenza per visite mediche		
A.3.3.	Altro _____		

A.4. Rapporti interpersonali**Ore settimanali
Richieste**

A.4.1.	Coinvolgimento di figure parentali		
A.4.2.	Coinvolgimento vicini/volontari		
A.4.3.	Aiuto nel favorire la partecipazione a interventi di Socializzazione e/o recupero rapporti Interpersonali		
A.4.4.	Altro _____		

A.5. Commissioni**Ore settimanali
richieste**

A.5.1.	Prenotazione visite mediche		
A.5.2.	Ritiro esiti accertamenti sanitari		
A.5.3.	Prenotazione/collaborazione appuntamenti		
A.5.4.	Collaborazione per pratiche/ricieste/documenti		
A.5.5.	Spese/rifornimenti		
A.5.6.	Accompagnamento con mezzo reperito dall'utente per visite mediche/impegni personali		
A.5.7.	Altro _____		

B Aiuto per il governo della casa**Ore settimanali
Richieste**

B.1.	Riordino del letto e della stanza		
B.2.	Riordino del bagno		
B.3.	Cambio biancheria		
B.4.	Pulizia stoviglie		
B.5	Altro _____		

C Altro**Ore settimanali
richieste**

C.1.			
C.2.			

Totale ore settimanali previste**N° accessi settimanali previsti**

- Presa visione del Regolamento comunale per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare;
- Si impegna a versare la quota di partecipazione finanziaria fissata dal Comune per la fascia ISEE di appartenenza relativa ad ogni ora del Servizio di Assistenza Domiciliare richiesta.
- Dichiaro di avere conoscenza che, nel caso di corresponsione della prestazione agevolata, potranno essere eseguiti, da parte della Guardia di Finanza, controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite per il calcolo del reddito I.S.E.E. effettuati presso gli istituti di credito o altri intermediari finanziari.

I dati sono forniti a scopo di predisposizione e organizzazione del Servizio di Assistenza Domiciliare e, pertanto, soggetti alla normativa vigente in materia di rispetto della privacy.

Data _____

In fede

Firma dell'interessato
ovvero di un parente

Allegati:

- Fotocopia documento d'Identità;
- Autorizzazione al trattamento dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003);
- Certificazione ISEE;
- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà attestante la percezione/non percezione di rendite e/o pensioni estere.
- Copia verbale di invalidità

VALUTAZIONE DEL COMUNE

Vista la suesposta richiesta, si esprime parere favorevole/sfavorevole per i seguenti motivi:

all'effettuazione delle prestazioni sopra indicate e per il numero complessivo di ore _____.
Si autorizza/non si autorizza, pertanto, l'ammissione al servizio dell'utente.

Addì, _____

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
(_____)