

MOD. A

DISTRETTO SANITARIO G3

COMUNE DI _____

PIANO DI ZONA – RICHIESTA INTERVENTI LEGGE 162/98

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____ Via _____

telefono _____

CHIEDE

di usufruire degli interventi previsti dalla Legge in oggetto (**in nome e per conto proprio / del proprio congiunto**)

sig./sig.ra _____ (grado di parentela) _____

nato/a a _____ il _____ residente in _____

Via _____ telefono _____

TIPOLOGIA DEL SERVIZIO		SI	NO
A	Assistenza Domiciliare Distrettuale e di aiuto alla persona, anche nei giorni festivi e pre-festivi		
B	Rimborso parziale delle spese documentate di assistenza nell'ambito di programmi previamente concordati con il servizio Sociale		

Sotto la propria personale responsabilità dichiara che:

Il proprio congiunto è stato informato della presentazione della seguente richiesta e delle finalità della medesima.

Allega alla presente:

- Certificazione rilasciata dalla Commissione medica integrata, ai sensi art. 3 comma 3 della Legge L.104/92
- Dichiarazione Sostitutiva Unica ai sensi del D.Lgs. 109/98 come modificato dal D.Lgs 130/00 ISEE
- Certificazione sanitaria

Li _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Comune di _____

Oggetto: Piano di Zona – Legge 162-98

Cognome e Nome: _____ nato il _____ a _____

Residente in _____ via _____ Tel. _____

Disabilità: (specificare):

SITUAZIONE SOCIO ECONOMICA

PIANO D'INTERVENTO

OBIETTIVI: _____

ASSISTENZA DOMICILIARE (Proposte) _____

CONTRIBUTO ECONOMICO (Proposta) _____

L'Assistente Sociale _____

Per adesione:

L'utente o l'esercente la potestà _____

CERTIFICAZIONE SANITARIA AI SENSI DELLA LEGGE 162/98

Il sottoscritto dott. _____ dichiara che il/la sig.re/ra:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ residente in _____

prov. _____ via _____ tel. _____

presenta le seguenti disabilità (*):

Li _____

Il Medico Curante

N.B. (*)

L'accesso alle prestazioni ai sensi della legge 162/98 è riservato alle persone in possesso del riconoscimento dello stato di handicap grave ai sensi dell'art. n. 3 comma 3 legge 104/92 e che non siano in grado di adempiere ad almeno due delle funzioni sotto indicate:

- Deficit intellettivo grave che comporti un grave ritardo mentale contestuale a gravi difficoltà di apprendimento;
- Impossibilità alla deambulazione;
- Impossibilità al mantenere il controllo sfinterico;
- Impossibilità, se di età superiore ai 10 (dieci) anni, all'assunzione del cibo o a lavarsi o a vestirsi;