

COMUNE DI TIVOLI
Distretto Socio Sanitario G3

A H

RICHIESTA DI ASSISTENZA PER ANZIANI/DIVERSAMENTE ABILI

Io sottoscritto/a Sig. _____ M F

nato a _____ il _____

stato civile _____ residente a _____

in via _____ tel. _____

- segnalo la mia condizione di bisogno socio/sanitario;
 segnalo la condizione di bisogno socio/sanitario del mio congiunto;

Sig. _____ M F

(grado di parentela) _____

nato a _____ il _____

stato civile _____ residente a _____

in via _____ telefono _____

parenti tenuti agli alimenti (art. 433 C.C.) SI NO

parente che usufruisce della Legge 104/92 :

Cognome _____ Nome _____ Telefono _____

In nome e per conto mio / del mio congiunto chiedo, pertanto:

- 1) la valutazione della situazione sanitario e sociale;
- 2) l'inserimento, in via prioritaria nel sottoindicato Servizio:

	<i>TIPOLOGIA SERVIZIO</i>	SI	NO
A	Assistenza Domiciliare		
B	Cure Domiciliari Sanitarie		

Sotto la mia personale responsabilità dichiaro che:

- il mio congiunto è stato informato della presentazione della seguente richiesta e delle finalità della medesima;
- il medico curante dell'utente è il Dott. _____
(tel. Ambulatorio _____)
- l'utente è già in carico ai servizi Socio / Assistenziali/ Sanitari pubblici per i seguenti interventi:

	Tipologia servizio	Si	No	Da Quando	Ore Settimanali
A	Assistenza Domiciliare				
B	Cure Domiciliari				
C	Assegno di Cura				
D	Casa di Riposo				
E	Comunità Alloggio				
F	Appartamenti Protetti				
G	Centro Diurno				
H	Casa Protetta				
I	Residenza Sanitaria Assistenziale				
L	Pasti				
M	Telesoccorso				
N	Assistenza Economica				
O	Trasporto				
P	Altro				

Sono inoltre informato che :

- ⤴ i componenti del Nucleo di Valutazione sono tenuti a comunicare all'interessato il motivo della valutazione;

Allego alla presente:

- ⤴ Certificato medico curante
- ⤴ Dichiaro Sostitutiva Unica ai sensi del D.Lgs. 109/98 come modificato dal D.Lgs 130/00 ISEE.

Li _____

Firma del Richiedente