

Oggetto: Richiesta di assistenza per anziani/diversamente abili

anziano diversamente abile

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

in _____ n. _____ CAP _____ tel. _____

email _____ C.F. _____

DICHIARA

la propria condizione di bisogno socio/sanitario; la condizione di bisogno socio/sanitario del mio congiunto:

Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

in _____ n. _____ CAP _____ tel. _____

email _____ C.F. _____

parenti tenuti agli alimenti (art. 433 C.C.) si no

parente che usufruisce della Legge 104/92: Cognome _____ Nome _____

_____ Telefono _____

il mio congiunto è stato informato della presentazione della seguente richiesta e delle finalità della medesima;

il medico curante dell'utente è il Dott. _____ telefono 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B	Cure domiciliari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C	Assegno di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D	Casa di riposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E	Comunità alloggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F	Appartamenti protetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
G	Centro diurno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
H	Casa protetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
I	Residenza sanitaria assistenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
L	Pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M	Telesoccorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
N	Assistenza economica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
O	Trasporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
P	Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

RICHIEDE

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

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

Tipologia servizio	Si	No
Assistenza domiciliare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cure domiciliari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sono informato che i componenti del Nucleo di Valutazione sono tenuti a comunicare all'interessato il motivo della valutazione;

Si allegano:

- certificato del medico curante
- dichiarazione sostitutiva unica ai sensi del D.Lgs. 109/98 come modificato dal D.Lgs 130/00 ISEE.

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dal Comune di Tivoli - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa disponibile sul sito del Comune di Tivoli all'indirizzo <https://www.comune.tivoli.rm.it/> nella sezione Privacy e Responsabile della Protezione dei dati, resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR 2016/679 e dal D.Lgs 196/03 e s.m.i.

Luogo e Data

Firma

N.B. Il modulo va consegnato in uno degli URP o inviato con email a urp@comune.tivoli.rm.it o con PEC a info@pec.comune.tivoli.rm.it

CERTIFICAZIONE SANITARIA DELL'UTENTE (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

Utente anziano diversamente abile

Il Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
in _____ n. _____ CAP _____
domiciliato presso _____ a _____ all'indirizzo
_____ sesso stato civile _____
tel. _____ email _____ C.F. _____
_____;

Patologie sanitarie di rilievo

Luogo e Data

Firma Medico curante

SCHEDA NON AUTOSUFFICIENZA

Nome _____ Cognome _____

<p>GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA</p> <p><input type="checkbox"/> Non presenti <input type="checkbox"/> In via di guarigione <input type="checkbox"/> Croniche <input type="checkbox"/> Degenerative</p> <p>IGIENE PERSONALE</p> <p><input type="checkbox"/> Non autosufficiente <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> Autosufficiente</p> <p>VESTIZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> Non autosufficiente <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> Autosufficiente</p>	<p>ALIMENTAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> Non autosufficiente <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> Autosufficiente</p> <p>MOBILITAZIONE IN CASA E ALL'ESTERNO</p> <p><input type="checkbox"/> Non autosufficiente <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> Autosufficiente</p> <p>ORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE</p> <p><input type="checkbox"/> Non orientato <input type="checkbox"/> Parzialmente orientato <input type="checkbox"/> Ben orientato</p>
---	--

Luogo e Data

Timbro e Firma
