All’Ufficio di Piano di Vico del Gargano

Tramite Distretto S.S. n. 53

o Ufficio Servizi Sociali del Comune di

# Il/La sottoscritto/a , nato/a

**il , e residente a Prov.( ) CAP**

# Via n.

**Cod.Fisc. Tel**

* per se stesso;
* in qualità di : o tutore e/o curatore o altro.

del /la sig./ra ( parentela)

nato/a il residente a

Prov. ( ) Via n.

Cod.Fisc. tel. .

# C H I E D E

|  |
| --- |
| L’accesso ai servizi domiciliari |
| □ Assistenza Domiciliare (SAD) |
| □ Telesoccorso – Teleassistenza |
| □ Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) |
| □ Assistenza Domiciliare Educativa (ADE) |
| □ Servizio di Assistenza Protetta a domicilio (Ambient assisted living) |

Il richiedente avente diritto / per l’avente diritto, sotto la propria responsabilità, dichiara di essere:

* invalido civile % con / senza assegno di accompagnamento;
* titolare di pensione sociale □ privo di alcun reddito personale;
* beneficiario di altri servizi di tipo socio- assistenziale (specificare)
* Altro (specificare)

**Allega certificazione** redatta da:

* Medico Medicina Generale Dott.
* Dirigente della U.O. ospedaliera Dott.
* Dirigente del Servizio Territoriale Dott.
* Servizio Sociale del Comune di

# Al riguardo si esibisce la seguente documentazione:

* Scheda di Valutazione Multidimensionale dell’adulto e dell’anziano (SVAMA o SVAMDI);
* Valutazione sanitaria o Valutazione sociale o Valutazione cognitivo e funzionale;
* Relazione medica sulle patologie possedute ed eventuale piano terapeutico e riabilitativo in atto;
* Copia fotostatica del cartellino di dimissione e/o della cartella clinica ( in caso di dimissione protetta);
* Relazione del Servizio Sociale del Comune del Comune di residenza;
* Fotocopia del documento di riconoscimento e codice fiscale dell’avente diritto e del richiedente;
* Mod. ISEE in corso di validità;
* Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

# Autorizza:

* Si □ No Il trattamento dei propri ai sensi del T.U. sulla privacy D.Lgs n.196/2003;
* Si □ No L’ASL FG a comunicare ad altre istituzione pubbliche (Distretto Socio Sanitario,Comune, Provincia ,Regione) i dati strettamente necessari per la soluzione di specifici problemi socio- sanitari che riguardano l’interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di assistito.

Data Firma dell’avente diritto

Firma del richiedente ( curatore, tutore o altro specificare).

# Dichiara inoltre di:

* **Essere** in grado di far fronte al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa , in modo diretto o tramite i familiari tenuti all’obbligo, secondo le normative vigenti.

Data Firma

* **Non essere** in grado di far fronte al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa , in modo diretto o tramite i familiari tenuti all’obbligo, secondo le normative vigenti. Al riguardo, allega la seguente documentazione l’autocertificazione dei redditi ( ricavabili dalle dichiarazioni IRPEF dell’anno precedente) della persona destinataria della prestazione e dell’intero nucleo familiare ( in caso di convivenza).

Data Firma