Sciacca Menfi Sambuca di Sicilia Santa Margherita di Belice Caltabellotta Montevago A.S.P. Agrigento

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D7

Al Sig. Sindaco del Comune di .....

Al Responsabile P. U. A.
Distretto Sanitario di Base
Via Pompei - Sciacca

Prot. n..... del .....

MODULO RICHIESTA
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

_ l _ sottoscritt_ _____ nat __ il _____

a _____ Codice Fiscale: _____

residente a _____ in via _____

Tel. _____ Cell. _____

nel ruolo di _____

CHIEDE

per il/la sig./sig.ra _ _____ nat __ il _____

a _____ Codice Fiscale: _____

residente a _____ in via _____

Tel. _____ Cell. _____

di usufruire, ai sensi della Legge 328/00 e nel rispetto del Regolamento d'accesso al servizio, nell'Ambito territoriale n° 7 del servizio di :

☐ ***Assistenza Domiciliare Sanitaria***

☐ ***Assistenza Domiciliare Sociale***

* *indicare con una X la richiesta domiciliare*

Assistenza Domiciliare Sanitaria

☐ Assistenza Medico-generica

☐ Assistenza Infermieristica Domiciliare

☐ Assistenza Riabilitativa Domiciliare (ARD)

☐ Assistenza psicologica

☐ OSS per pazienti ad alta intensità assistenziale

* *indicare con una X la richiesta domiciliare*

Assistenza Domiciliare Sociale

☐ **Aiuto e coinvolgimento per il governo della casa**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ **Aiuti atti a favorire e/o mantenere l'autosufficienza nell'attività giornaliera**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

* *indicare con una X la richiesta domiciliare*

Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

1. *Certificato rilasciato da un medico di medicina generale;*

2. *Certificato attestante la situazione reddituale (ISE);*

N.B. La richiesta sarà esaminata dall'Unità di Valutazione Integrata .

Il Richiedente

_____

Firma dell'operatore che accoglie la richiesta: _____