



RICHIESTA PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Al Sig. Direttore
ASSP "CORTINA"
Via della Difesa n. 12
32043 CORTINA D'AMPEZZO (BL)

Il/La sottoscritto/a

In qualità di

Chiede per il/la Sig./Sig.ra

nato/a a

il

residente a

in via

stato civile

vive solo/a vive in famiglia n° tel.

Medico di Base

cod. fiscale

Titolo di abitazione

di poter usufruire delle seguenti prestazioni del Servizio di Assistenza Domiciliare:

- igiene e cura della persona
- aiuto domestico
- fornitura pasti
- trasporto
- altro _____

per i seguenti motivi: _____

CONDIZIONI DI AUTONOMIA E STATO DI SALUTE DELL'UTENTE

(segnalare il grado di difficoltà presente nei seguenti ambiti):

| liv. difficoltà | senza difficoltà | media difficoltà | grande |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| deambulazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| cura dell'alimentazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| cura dell'igiene personale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

capacità di relazionarsi con le persone

presenza di altri problemi che compromettono l'autonomia della persona **SI** **NO**

(es.: barriere architettoniche nell'abitazione, problemi di relazione con i familiari, abitazione situata in luogo isolato, altro)

-
- **invalido civile** **NO** **SI** al _____%
 - **con diritto all'indennità di accompagnamento** **NO** **SI**
 - **seguito dal Servizio Disabilità A.Ulss** **NO** **SI**
 - **seguito da Servizio Infermieristico Domiciliare** **NO** **SI**
 - **utente del Servizio di Telecontrollo** **NO** **SI**
 - **beneficiario di impegnativa di cura domiciliare** **NO** **SI**

PERSONE DI RIFERIMENTO

| grado di parentela | nominativo | indirizzo | nr. di telefono |
|--------------------|------------|-----------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Il sottoscritto, firmando questa domanda, si impegna a contribuire alla spesa relativa alle prestazioni domiciliari ricevute, nella misura stabilita annualmente dalla Giunta Comunale.

Allega alla presente copia della DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA e ATTESTAZIONE ISEE (DPCM del 5/12/2013 n.159 "Riforma ISEE") valevole per l'anno in corso per la richiesta di prestazioni sociali agevolate, relativa alla situazione economica del destinatario del servizio:

SI **NO** **IN ATTESA DI PRESENTAZIONE**

Il sottoscritto, firmando questa domanda, acconsente al trattamento dei dati sensibili, nel rispetto della nuova normativa "Regolamento UE 2016/679 – denominato GDPR" e dichiara di avere ricevuto dalla Assp di Cortina d'Ampezzo completa informativa sul trattamento dei dati personali

Cortina d'Ampezzo,

firma dell'interessato o del familiare
