

AL COMUNE DI _____

OGGETTO: INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA INDIRETTA, RIVOLTI A PERSONE AFFETTE DA MALATTIA DI ALZHEIMER – RICHIESTA DI ACCESSO.

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (____) il _____, e residente a _____
in via/piazza _____ n. _____, C. F. _____,
tel. _____, cell. _____,

(eventualmente) in qualità di _____
di _____, nato/a a _____ (____) il _____; e
residente a _____ in via/piazza/vico _____ n. _____, C.
F. _____, tel. _____, cell. _____.

CHIEDE

di accedere all' **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA INDIRETTA**

A TAL FINE DICHIARA

- di vivere solo;
- di convivere con le seguenti persone:

N.	Cognome e nome	Grado di parentela	Data di nascita
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

- che nel proprio nucleo familiare è presente la badante;
- di usufruire dell'indennità di accompagnamento;
- di non usufruire dell'indennità di accompagnamento;

di essere in carico al CAD (Centro di Assistenza Domiciliare) della ASL territoriale.

SI IMPEGNA A

comunicare per iscritto al Servizio Sociale Professionale ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

ALLEGA

alla presente domanda:

copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità della persona che sottoscrive l'istanza;

certificazione attestante la patologia del morbo di Alzheimer;

DICHIARA

di essere consapevole che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Firma del beneficiario o del familiare

(Cognome e nome) _____

autorizza il Servizio Sociale del Comune di _____ al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione dell' Assistenza Domiciliare Integrata Diretta o Indiretta, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

(Data) _____

(Firma) _____

ISTRUTTORIA SERVIZIO SOCIALE COMUNE DI

Incarico al Servizio dal _____

Situazione familiare:

- vive solo
- vive con il coniuge
- vive con i figli

Situazione Assistenziale

- presenza della badante
- altre forme di assistenza (volontariato, assistenti ecc)

Altro

- indennità di accompagnamento

ASSISTENTE SOCIALE

RECAPITO
TEL.
EMAIL

COMMISSIONE_____

ATTRIBUZIONE PUNTEGGIO

A) SITUAZIONE SANITARIA:

1. Lieve **punti 2**
2. Medio **punti 3**
3. Grave **punti 4**
4. Gravissimo **punti 5**

PUNTI_____

B) CONDIZIONE SOCIO-AMBIENTALE

1. A coloro che vivono soli verrà attribuito **1 punto**
in considerazione della mancanza di altre persone di riferimento conviventi.
2. A coloro che non hanno la badante verrà attribuito **1 punto**
in considerazione dell'assenza di un persona di assistenza.
3. A coloro che hanno l'accompagnamento verrà attribuito **1 punto**
in relazione all'accertamento della gravità dello stato di invalidità

PUNTI_____

ENTITA' DEL CONTRIBUTO

- PUNTI 8 € . 600,00 mensili
- PUNTI da 7 a 5 € . 400,00 mensili
- PUNTI da 4 a 3 € . 200,00 mensili
- PUNTI 2 € . 100,00 mensil

CONTRIBUTO_____

FIRMA COMMISSIONE