

AI SERVIZI SOCIALI DI SAN GIOVANNI IN PERSICETO
e p.c UNITA' ATTIVITA' SOCIO SANITARIE
DEL DISTRETTO PIANURA OVEST

Io sottoscritto _____
nato a _____ Il _____
residente a _____ in via _____ n° _____
tel _____ Cell _____ sesso _____
stato civile _____ Codice Fiscale _____

Segnalo la condizione di bisogno socio/sanitario del mio congiunto

Sig. _____ (grado di parentela _____)
nato a _____ il _____ residente a _____
in via _____ n° _____ tel _____
cell _____
domiciliato presso _____ a _____
in via _____ n° _____ sesso _____ stato civile _____
Codice Fiscale _____

Nucleo familiare convivente (anziano)

COGNOME	NOME	PARENTELA	STATO CIVILE	PROFESSIONE

Altri parenti non conviventi (es. altri figli, o fratelli, ecc.)

COGNOME	NOME	PARENTELA	STATO CIVILE	INDIRIZZO

In nome e per conto del mio congiunto chiedo pertanto:

1. la valutazione della sua situazione sanitaria e sociale,
2. l'inserimento, in via prioritaria, nel sottoindicato Servizio:

	Tipologia di Servizio	Richiesto
A	ASSEGNO DI CURA (allegare Isee)	
B	CENTRO DIURNO	
C	CASA PROTETTA	
D	SOLLIEVO FAMILIARE	

- (1) **Immediato**; dichiaro la necessità di un inserimento immediato all'atto della disponibilità
- tenendo conto delle priorità di inserimento determinate dalla Graduatoria Unica distrettuale**
- (2) **Futuro a decorrere dal** _____; Specifico che la presente **richiesta** è presentata in via **cautelativa** e mi rendo pertanto disponibile solo ad un eventuale futuro inserimento da effettuare, salvo il verificarsi di diverse condizioni socio/sanitarie, presumibilmente a decorrere dalla data indicata.
- (3) **Periodico dal** _____ **al** _____; Specifico che la presente richiesta è presentata per un periodo limitato e mi rendo pertanto disponibile solo ad un eventuale inserimento da effettuare nel periodo indicato, salvo il verificarsi di diverse condizioni socio sanitarie.

Sotto la mia personale responsabilità dichiaro che :

Il mio congiunto è stato informato della presentazione della presente richiesta e delle finalità della medesima (solo se presentata da un familiare)

L'anziano è già in carico ai Servizi socio/assistenziali/sanitari pubblici per i seguenti interventi:

	Tipologia di Servizio	Usufruito
A	ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE	
B	ASSEGNO DI CURA	
C	CENTRO DIURNO	
D	CASA RESIDENZA ANZIANI	
E	ASSISTENZA INFERMIERISTICA	
F	ASSISTENZA ECONOMICA	
G	ALTRO	

Il medico curante dell'anziano è _____ (tel. _____)

Sono inoltre informato che:

1. I componenti dell' Unità di Valutazione Multidimensionale sono tenuti a comunicare all'interessato il motivo della valutazione.
2. Fermo restando il criterio della gravità della situazione socio/sanitaria, con particolare riferimento all'inserimento nelle strutture residenziali, l'accesso alle Case Residenza Anziani potrà essere condizionato dalla esistenza di gravi problematiche assistenziali ed organizzative da parte delle strutture stesse.
3. L'accettazione definitiva della richiesta è subordinata alla presentazione della documentazione necessaria ed al colloquio con l'Assistente Sociale.

Dichiaro infine di :

- essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 che i dati personali e sensibili raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per fini istituzionali e nell'ambito del procedimento per il quale la presente domanda viene presentata;
- di essere consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico del 28.12.2000 n. 445 riguardo alle dichiarazioni false o mendaci, e di essere a conoscenza che, qualora dal controllo delle dichiarazioni rese, emerga la non veridicità, ne conseguirà la decadenza dai benefici eventualmente acquisiti, ai sensi dell'art. 75 dello stesso T. U.

data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

FIRMA DELL'ANZIANO
