

AL SIG. SINDACO DI S.STEFANO QUISQUINA  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI E/O ADULTI INABILI  
L. N°22/86.-

l sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a S.Stefano

Q. nella via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_;  
(del proprio domicilio, di familiari, parenti o referenti a cui comunicare tempestivamente le informazioni relative al servizio)

### CHIEDE

Di poter beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare per Anziani e adulti inabili, ai sensi della L.R. n° 22/86 con le seguenti prestazioni contrassegnate con una X:

- Aiuto domestico: assistente domiciliare ausiliario
- Igiene e cura della persona;
- Assistenza infermieristica;
- Disbrigo pratiche e/o trasporto nei luoghi di cura, svago, religiosi, ecc;
- Sostegno psicologico e morale;

### DICHIARA

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente, ogni variazione riguardante: la propria condizione reddituale, il proprio stato di salute, la propria condizione familiare.

Si allega alla presente:

- Fotocopia del documento di riconoscimento;
- Stato di famiglia;
- Certificazione rilasciata dal medico curante;
- Certificazione attestante il proprio stato di invalidità (per gli adulti inabili);
- Certificazione rilasciata da apposita commissione medico - legale, attestante il proprio stato di soggetto invalido non autosufficiente o copia dell'istanza presentata per il riconoscimento di soggetto invalido, per i casi di recente invalidità (per gli anziani);
- Attestazione ISE (redditi anno \_\_\_\_\_) ai sensi del D.L. n° 109 del 31 Marzo 1998;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, relativa lo stato di solitudine.

Si autorizza l'utilizzazione dei dati personali per la adesione al servizio in oggetto, ai sensi della legge 675/96.

S Stefano Q. Li \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

AL SIG. SINDACO DI S. STEFANO QUISQUINA  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI E/O ADULTI INABILI  
L. N°22/86.

In nome e per conto del proprio/a congiunto/a \_\_\_\_\_

sig. \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a S. Stefano Q. nella via \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_;  
(del proprio domicilio, di familiari, parenti o referenti a cui comunicare, tempestivamente le informazioni relative al servizio)

\_\_\_\_\_ sottoscritti \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che il proprio congiunto possa beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare per Anziani e/o adulti inabili, ai sensi della L.R. n° 22/86 con le seguenti prestazioni contrassegnate con una X:

- Aiuto domestico: assistente domiciliare ausiliario
- Igiene e cura della persona;
- Assistenza infermieristica;
- Disbrigo pratiche e/o trasporto nei luoghi di cura, svago, religiosi, ecc;
- Sostegno psicologico e morale;

**DICHIARA**

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente, ogni variazione relativa al proprio congiunto e riguardante: la condizione reddituale, lo stato di salute, la condizione familiare.

Si allega alla presente:

- Fotocopia del documento di riconoscimento;
- Stato di famiglia;
- Certificazione rilasciata dal medico curante;
- Certificazione attestante il proprio stato di invalidità (per gli adulti inabili);
- Certificazione rilasciata da apposita commissione medico - legale, attestante il proprio stato di soggetto invalido non autosufficiente o copia dell'istanza presentata per il riconoscimento di soggetto invalido, per i casi di recente invalidità (per gli anziani);
- Attestazione ISE (redditi anno \_\_\_\_\_) ai sensi del D.L. n° 109 del 31 Marzo 1998;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, relativa lo stato di solitudine.

Si autorizza l'utilizzazione dei dati personali per l'adesione al servizio in oggetto, ai sensi della legge 675/96.

S.stefano Q. lì \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

AL SIG. SINDACO DI S. STEFANO QUISQUINA  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: RICHIESTA PROSECUZIONE 2° ANNUALITA' ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI E/O ADULTI INABILI L. N°22/86.-

Il sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a S. Stefano Q. nella

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ;  
(del proprio domicilio, di familiari, parenti o referenti a cui comunicare tempestivamente le informazioni relative al servizio)

**CHIEDE**

Di poter continuare a beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare per Anziani e adulti inabili, ai sensi della L.R. n° 22/86;

Se ci sono delle situazioni di salute o familiari diverse dall'anno precedente o se si vuole richiedere delle prestazioni aggiuntive specificare e allegare eventuale documentazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente, ogni variazione riguardante: la propria condizione reddituale, il proprio stato di salute, la propria condizione familiare.

Si allega alla presente:

- Fotocopia del documento di riconoscimento;
- Stato di famiglia;
- Certificazione rilasciata dal medico curante;
- Certificazione attestante il proprio stato di invalidità (per gli adulti inabili);
- Certificazione rilasciata da apposita commissione medico - legale, attestante il proprio stato di soggetto invalido non autosufficiente o copia dell'istanza presentata per il riconoscimento di soggetto invalido, per i casi di recente invalidità (per gli anziani);
- Attestazione ISE (redditi anno \_\_\_\_\_) ai sensi del D.L. n° 109 del 31 Marzo 1998;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, relativa lo stato di solitudine.

Si autorizza l'utilizzazione dei dati personali per la adesione al servizio in oggetto, ai sensi della legge 675/96.

S. Stefano Q. Li \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

AL SIG. SINDACO DI S. STEFANO QUISQUINA  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: RICHIESTA PROSECUZIONE 2° ANNUALITA' ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI E/O ADULTI INABILI L. N°22/86.-

In nome e per conto del proprio/a congiunto/a \_\_\_\_\_

sig. \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a S. Stefano Q. nella via \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_\_ ;  
(del proprio domicilio, di familiari, parenti o referenti a cui comunicare tempestivamente le informazioni relative al servizio)

\_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che il proprio congiunto possa continuare a beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare per Anziani e/o adulti inabili, ai sensi della L.R. n° 22/86;

Se ci sono delle situazioni di salute o familiari diverse dall'anno precedente o se si vuole richiedere delle prestazioni aggiuntive specificare e allegare eventuale documentazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente, ogni variazione relativa al proprio congiunto e riguardante: la condizione reddituale, lo stato di salute, la condizione familiare.

Si allega alla presente:

Fotocopia del documento di riconoscimento;

Stato di famiglia;

Certificazione rilasciata dal medico curante;

Certificazione attestante il proprio stato di invalidità (per gli adulti inabili);

Certificazione rilasciata da apposita commissione medico - legale, attestante il proprio stato di soggetto invalido non autosufficiente o copia dell'istanza presentata per il riconoscimento di soggetto invalido, per i casi di recente invalidità (per gli anziani);

Attestazione ISE (redditi anno \_\_\_\_\_) ai sensi del D.L. n° 109 del 31 Marzo 1998;

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, relativa lo stato di solitudine.

Si autorizza l'utilizzazione dei dati personali per l'adesione al servizio in oggetto, ai sensi della legge 675/96.

S.Stefano Q., li \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

**CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'AMMISSIONE ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI E/O ADULTI INABILI ISTITUITA DAL COMUNE DI S STEFANO Q.**

Si certifica che il/la sig. \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

affetto/a dalle seguenti patologie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Da controllo medico effettuato in data \_\_\_\_\_

Si evince che:

- E' AUTOSUFFICIENTE
- E' PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE
- NON E' AUTOSUFFICIENTE

Si raccomanda di barrare una sola delle tre voci suindicate contrassegnando con una x l'apposita casella:

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a

**S. STEFANO QUISQUINA**

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO**







**SCHEDA DI VALUTAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE  
ANZIANI E/O ADULTI INABILI**

COGNOME E NOME:

LUOGO E DATA DI NASCITA:

INDIRIZZO:

NUOVO CASO:  SÌ  NO

ADULTO INABILE  ANZIANO

DATA DI VALUTAZIONE:

VALUTAZIONE CON:  COLLOQUIO UFFICIO

VISITA DOMICILIARE

ALTRO, specificare \_\_\_\_\_

PUNTEGGIO ETA':

PUNTEGGIO LIVELLO DI AUTOSUFFICIENZA:

PUNTEGGIO STATO DI SOLITUDINE:

**PUNTEGGIO TOTALE:**

**ANNOTAZIONI**

**DATA**

**L'ASSISTENTE SOCIALE**