

SCHEDA - E)

Squinzano

Al Direttore del
Distretto sociosanitario n.53
Ufficio Integrazione socio-sanitario
Via Lecce/palazzo-sicos
73012 Campi Salentina (LE)
da consegnare alla PUA

Alla c.a. dott.ssa - Fax: 0832/794261
Alla c.a. Coordinatore Sig.ra Giuseppina BARBA - Fax:0832/794261

Al Referente dell' Ambito Territoriale in sede dell'UVM
Ass.Soc. dott.ssa
per il tramite del

COMUNE DI SQUINZANO (LE)
Via Matteotti n.10
Ufficio Servizi Sociali
73018 SQUINZANO (LE)

Oggetto: domanda di accesso ai Servizi socio-sanitari integrati

Il/La sottoscritto/a **nato/a**

il **e residente a** **alla Via** **n.**

tel./cell. **C.F.**

CHIEDE

per se stesso:

in qualità di rappresentante legale (*genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, ect....*) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art.4 D.P.R. n.445/2000) del coniuge//della madre/sorella/fratello/altro..... (specificare:)
parente affine di:

.....
(cognome) (nome) (luogo e data di nascita)

.....
(residente a) (indirizzo) (tel/cell.)

l'erogazione del Servizio Domiciliare Integrato -"A.D.I" - a titolo gratuito(R.R.4/2007);

l'accesso in struttura:

- **residenziale (specificare)** (R.R. 4/2007);
(RSS,RSA, Casa per la vita)

- **semi-residenziale (specificare)** (R.R. 4/2007);
(Centri socio-educativi e riabilitativi - ex artt. 60 e 105 del R.R. 4/2007);

l'intervento dei Servizi Sociali per il paziente in Dimissioni Ospedaliere Protette - "DOP" per l'accesso in struttura protetta (specificare) _____;

in quanto affetto/a da patologie croniche e invalidanti, non in grado di condurre vita autonoma in ambito familiare e/o non assistibile a domicilio.

DICHIARA

- che necessita delle seguenti prestazioni domiciliari:

cura e igiene della persona

prestazioni di tipo domestico

prestazioni di tipo socio-assistenziale

- preferibilmente dalle ore _____ alle ore _____ per n. _____ interventi settimanali e compatibilmente con l'organizzazione del servizio.

- che è/o il familiare è titolare di pensione _____ per un importo mensile di € _____ e pertanto esonera codesto Ente dal pagamento della retta mensile per il ricovero in struttura.

ALLEGA

alla presente domanda:

fotocopia della certificazione attestante l'handicap di particolare gravità ai sensi dell'art. 39 della legge 104/92 rilasciata dalla Commissione Medica Invalidi Civili;

verbale della Commissione Medica degli invalidi Civili (per i cittadini con disabilità psico-fisica) e/o certificazione medica attestante la ridotta autosufficienza (per i cittadini anziani);

fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante;

fotocopia Scheda SVAMA -Sanitaria.

Squinzano, _____

Firma del dichiarante

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003, i dati sopra riportati sono prescritti dalla disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Squinzano, _____

Firma del dichiarante