

	Amministrazione destinataria Comune di Avezzano Ufficio destinatario Servizi sociali ed educativi	
---	--	--

Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare disabili

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

<input type="radio"/>	per sè stesso																														
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																														
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="3">Cognome</td> <td colspan="4">Nome</td> <td colspan="3">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Data di nascita</td> <td colspan="1">Sesso</td> <td colspan="3">Luogo di nascita</td> <td colspan="3">Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td colspan="10">In qualità di (*)</td> </tr> </table>		Cognome			Nome				Codice Fiscale			Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			In qualità di (*)									
Cognome			Nome				Codice Fiscale																								
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza																								
In qualità di (*)																															

In qualità di (*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare in favore di disabili mediante il sistema di accreditamento/buono di servizio per le seguenti prestazioni:

Prestazioni di cura della persona di tipo igienico/sanitario di semplice attuazione (con esclusione di prestazioni infermieristiche)	
<input type="checkbox"/>	bagno assistito o doccia
<input type="checkbox"/>	aiuto per alzarsi dal letto e nella vestizione
<input type="checkbox"/>	aiuto per la corretta deambulazione, movimentazione degli arti invalidi, aiuto nel corretto posizionamento degli arti in condizione di riposo o della persona allettata
<input type="checkbox"/>	prevenzione delle piaghe da decubito
<input type="checkbox"/>	aiuto nell'assunzione di alimenti e bevande
<input type="checkbox"/>	utilizzo di strumenti per lavarsi, vestirsi, per l'assunzione di cibi o bevande, per deambulare
<input type="checkbox"/>	aiuto al mantenimento di abilità specifiche come ad es, l'uso del telefono, di elettrodomestici
<input type="checkbox"/>	prestazioni di assistenza e cura della persona
<input type="checkbox"/>	mobilizzazione attiva e passiva dell'assistito a letto e prestazioni similari
<input type="checkbox"/>	assistenza e collaborazione con eventuali famigliari o personale infermieristico nella sorveglianza per la corretta assunzione di farmaci e delle prescrizioni mediche; misurazione della temperatura corporea
<input type="checkbox"/>	aiuto nella raccolta del materiale biologico per esami clinici; rilievi di segnali o sintomi di malattia per l'opportuna segnalazione
<input type="checkbox"/>	aiuto nell'uso di presidi o ausili sanitari

SI IMPEGNA

- ad accettare integralmente e incondizionatamente le disposizioni contenute nel Regolamento Comunale per l'assistenza anziani
- a firmare giornalmente, per ogni prestazione domiciliare ricevuta, i fogli di presenza dell'operatore domiciliare e/o utilizzare qualunque supporto l'Amministrazione decida di impiegare al fine di "attestare" le prestazioni effettivamente svolte
- ad avvertire tempestivamente il referente del servizio o l'operatore domiciliare nel caso di temporanee assenze dal proprio domicilio
- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero subentrare circa la situazione economica, familiare
- a segnalare qualsiasi disservizio o problema verificatosi nello svolgimento del servizio
- a corrispondere integralmente e puntualmente, quando dovuta, la tariffa applicata secondo quanto stabilito dall'Amministrazione Comunale

Eventuali annotazioni

--

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	documentazione eventuale a supporto delle dichiarazioni rese
<input type="checkbox"/>	copia di eventuale decreto di tutela, di curatela o amministrazione di sostegno
<input type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input type="checkbox"/>	dichiarazione dei familiari non facenti parte del nucleo familiare anagrafico del destinatario del servizio obbligati a prestare gli alimenti
<input checked="" type="checkbox"/>	dichiarazione delle capacità del destinatario del servizio
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati <i>(specificare)</i>

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Avezzano		
Luogo	Data	Il dichiarante