



CITTÀ DI
FIUMICINO

AREA POLITICHE SOCIALI
IL DIRIGENTE

**DOMANDA PER IL “SERVIZIO SOLLIEVO” DI CURA E ASSISTENZA
IN FAVORE DEI MALATI DI ALZHEIMER E I LORO FAMILIARI**

DATI ANAGRAFICI:

Cognome _____ - _____ Nome _____

Data di Nascita ____/____/____ Luogo di Nascita _____

Provincia _____ Residenza _____

Indirizzo _____ Località _____

CAP _____ Telefono _____ Sesso **M F**

Stato civile _____ Nazionalità _____

Medico di base _____

PERSONA REFERENTE DELL'UTENTE:

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Località _____

Grado di parentela _____ Telefono _____

CONDIZIONE DELL'UTENTE:

1. In grado di autodeterminarsi SI NO

2. Amministratore di sostegno SI NO

se SI, indicare Nominativo _____ Telefono _____

3. Tutore SI NO

se SI, indicare Nominativo _____ Telefono _____

4. Persona che usufruisce di permessi/congedi legati a legge 104/1992 SI NO

se SI, indicare Nominativo _____ Telefono _____

CONDIZIONE ECONOMICA:

ISEE Ordinario o Nucleo Ristretto

pari a €|_____|

INVALIDITÀ

L'utente è titolare di:

Pensione sociale pari a _____

Assegno accompagnamento pari a _____

Pensione Invalidità pari a _____

Pensione Reversibilità pari a _____

Invalidità civile nella percentuale del _____

Per la seguente motivazione:

CONDIZIONE ABITATIVA:

Affitto

Alloggio pubblico assegnato

Usufrutto

Nuda proprietà

Proprietà o uso gratuito

se in affitto, canone mensile pari a € _____

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:

Cognome e Nome _____

Grado di parentela _____

Età _____

Professione _____

Eventuale presenza di patologie di uno o più componenti del nucleo familiare (specificare):

1. _____

2. _____

3. _____

PARENTELA E VICINATO:

Parenti disponibili SI NO

Vicini disponibili SI NO

RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI (l'utente usufruisce di):

1. Assistenza domiciliare erogata dal Comune SI NO

se SI, specificare quante ore settimanali _____

2. Cad SI NO

3. Servizio disabili adulti Asl SI NO

4. Dipartimento salute mentale SI NO

5. Altro SI NO

se SI, specificare _____

FREQUENZA CENTRI DIURNI:

SI NO

Se SI, specificare giorni e orari di frequenza _____

FREQUENZA CENTRI RIABILITATIVI:

SI NO

Se SI, specificare giorni e orari di frequenza _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

1. Fotocopia della certificazione medica rilasciata dalla UVA (Unità Valutativa Alzheimer) attestante la patologia di Alzheimer;
2. Eventuale Fotocopia del verbale d'Invalidità civile e/o della Legge 104/1992;
3. Certificazione ISEE in corso di validità;
4. Fotocopia Carta d'Identità del richiedente e del beneficiario;

Il/La sottoscritto/a consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità che le dichiarazioni date nel presente prospetto sono conformi al vero.

Il/La sottoscritto/a si impegna, inoltre, in caso di accoglimento della presente richiesta a segnalare non oltre il 30 giorno dal suo verificarsi, qualsiasi variazione di quanto dichiarato nella presente.

Il/la sottoscritto/a si impegna ad accettare eventuali visite domiciliari da parte dell'Assistente Sociale del Comune e della Asl di Fiumicino.

Fiumicino, lì

Firma del dichiarante

Il/La sottoscritto/a _____ ha presentato domanda di Servizi alla persona per il/la sig./ra _____ in data _____

Firma del dichiarante

Firma dell'Operatore dell'Ufficio