



Sciacca



Menfi



Sambuca di Sicilia



Santa Margherita di Belice



Caltabellotta



Montevago



A.S.P. Agrigento

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D7 - LEGGE 328/00 PIANO DI ZONA 2010/2012

Al Sig. Sindaco del Comune di

Al Responsabile P. U. A.

Distretto Sanitario di Base

Via Pompei - Sciacca

Prot. n..... del

MODULO RICHIESTA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

_ l _ sottoscritt _ _____ nat _ il _____

a _____ Codice Fiscale: _____

residente a _____ in via _____

Tel. _____ Cell. _____

nel ruolo di _____

CHIEDE

per il/la sig./sig.ra _ _____ nat _ il _____

a _____ Codice Fiscale: _____

residente a _____ in via _____

Tel. _____ Cell. _____

di usufruire, ai sensi della Legge 328/00 e nel rispetto del Regolamento d'accesso al servizio, nell'Ambito territoriale n° 7 del servizio di :

Assistenza Domiciliare Sanitaria

Assistenza Domiciliare Sociale

* indicare con una X la richiesta domiciliare

Assistenza Domiciliare Sanitaria

- Assistenza Medico-generica

- Assistenza Infermieristica Domiciliare

- Assistenza Riabilitativa Domiciliare (ARD)

- Assistenza psicologica

- OSS per pazienti ad alta intensità assistenziale

** indicare con una X la richiesta domiciliare*

Assistenza Domiciliare Sociale

Aiuto e coinvolgimento per il governo della casa

**Aiuti atti a favorire e/o mantenere l'autosufficienza
nell'attività giornaliera**

* *indicare con una x la richiesta domiciliare*

Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

1. *Certificato rilasciato da un medico di medicina generale;*
2. *Certificato attestante la situazione reddituale (ISE);*

N.B. La richiesta sarà esaminata dall'Unità di Valutazione Integrata.

Il Richiedente

Firma dell'operatore che accoglie la richiesta: _____