



**AMBITO TERRITORIALE B3**  
**COMUNE CAOFILA MONTESARCHIO**

**SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE AI DISABILI**  
**a valere sulla III ANNUALITA' DEL II PSR**

\*\*\*

**SCHEDA DI RICHIESTA DEL SERVIZIO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ telefono fisso \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'erogazione delle seguenti prestazioni:

**a) Prestazioni riferite al contesto di vita dell'utente:**

- aiuto per il governo dell'alloggio e per le attività domestiche;
- cura delle condizioni igieniche dell'alloggio con particolare riferimento a quelle destinate a funzioni primarie (camera, cucina, bagno);
- cambio e lavaggio della biancheria;
- preparazione dei pasti;
- acquisto generi alimentari, medicinali, materiali igienico-sanitari;
- interventi per favorire la promozione, il sostegno e l'integrazione sociale a livello familiare ed extra familiare;
- stimolo alla comunicatività ed alla socializzazione;
- coinvolgimento di parenti, amici, vicini;

- rapporti con strutture ricreative e culturali del territorio;
- svolgimento di piccole commissioni;
- disbrigo pratiche varie;
- Aiuto nell'impostazione ed evasione di pratiche amministrative, pensionistiche e previdenziali di interesse dell'utente (segretariato sociale);
- aiuto al mantenimento di abilità (uso del telefono, elettrodomestici, autobus, ecc...);
- interventi tesi a ridurre la situazione di solitudine e di emarginazione, quali la compagnia, l'aiuto nel favorire le relazioni amicali e parentali, informazioni circa i servizi presenti sul territorio;

***b) Prestazioni riferite alla persona al proprio domicilio:***

- aiuto nell'attività della persona;
- aiuto ad alzarsi dal letto;
- pulizia e cura personale, compreso prestazioni di podologia (cura e igiene del piede);
- vestizione;
- assunzione dei pasti;
- uso di accorgimenti o attrezzi per lavarsi, vestirsi, mangiare da soli, camminare;
- aiuto volto alla tutela igienico-sanitaria;
- prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione complementari alle attività assistenziali;
- assistenza per la corretta somministrazione delle prescrizioni farmacologiche, opportuna segnalazione di sintomi e malattie;
- segnalazione agli operatori sanitari e sociali di anomalie evidenziate nel corso delle attività lavorative, e di problemi che comportino interventi e programmi esterni.

***c) Prestazioni aggiuntive***

- pulizie straordinarie, da effettuarsi anche con l'uso di macchinari e piccola manutenzione al domicilio dell'utente;
- cura del servizio di lavanderia e stireria;

- accompagnamento dell'utente presso strutture sociali e sanitarie per cura, per visite mediche, prelievi, controlli, per la tenuta dei contatti con il medico di base e gli operatori sanitari dell'ASL;
- accompagnamento dell'utente per attività ricreative e culturali, per l'effettuazione della spesa, per il mantenimento dei rapporti parentali, amicali, ecc, nonché per l'accesso ad uffici pubblici e lo svolgimento di pratiche amministrative urgenti e/o indispensabili;
- interventi di informazione e prevenzione;
- attività di socializzazione e di integrazione sociale.

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara di:

- essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000;
- essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10, della legge 675/96 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e, in caso di instaurazione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti la gestione del rapporto medesimo;
- essere informato che il servizio di che trattasi prevede una quota di compartecipazione da parte dell'utente secondo le percentuali, per fasce di reddito, previste dallo schema di compartecipazione ai costi del Servizio.

Firma \_\_\_\_\_

Si allegano:

- certificazione medica attestante le condizioni di salute legge 104/92;
- ISEE del nucleo familiare del richiedente in corso di validità;
- Fotocopia di un documento di riconoscimento valido e codice fiscale.