

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE ANNO 20__.

DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

in P.zza/Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____ Tel. _____

Chiede di per usufruire del servizio in oggetto :

In particolare si richiedono le seguenti prestazioni per n. _____ ore settimanali:

- Pulizia dell'ambiente domestico di vita dell'assistito;
- aiuto nella pulizia della persona;
- lavori di bucato (lavaggio, stiratura, rammendo);
- preparazione a domicilio dei pasti ed eventualmente somministrazione degli stessi;
- spese e commissioni varie inerenti le necessità quotidiane ed il governo della casa;
- accompagnamento della persona presso uffici o servizi medici, sociali, scolastici, parenti, etc...;
- assistenza e vigilanza nell'ambito familiare ed extrafamiliare durante lo svolgimento delle normali attività quotidiane;
- sistemazione di eventuali protesi ad orari stabiliti secondo le prescrizioni mediche.

Allega alla presente:

- Attestazione I.S.E.E in corso di validità
- Copia certificato invalidità civile e/o riconoscimento L.104/92 (se in possesso)

Il/La sottoscritto/a si impegna a:

- corrispondere l'importo orario a proprio carico, calcolato in base alla fascia ISEE di appartenenza, direttamente alla Coop.va accreditata che Le erogherà la prestazione, dietro presentazione di regolare fattura mensile;
- dare la propria disponibilità ad essere presente presso la propria abitazione nell'orario prestabilito per l'effettuazione del servizio di assistenza domiciliare, così come fissato dal servizio sociale e/o dalla cooperativa sociale incaricata (in caso contrario è consapevole di essere tenuto comunque al pagamento delle ore programmate);
- comunicare per iscritto, almeno un mese prima, la propria eventuale disdetta del servizio.

Il/La sottoscritt_ dichiara inoltre di essere stat__ informat_ che, in caso di mancata risposta alla presente e/o di mancata adozione dei provvedimenti amministrativi relativi all'accoglimento della richiesta in oggetto nel termine di 60 giorni dalla data di presentazione dell'istanza, la stessa si intende rifiutata per mancanza dei requisiti previsti a norma di legge, di regolamento e/o per insufficiente disponibilità di ore di assistenza domiciliare da assegnare all'utenza.

II/LA RICHIEDENTE

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

Codice Fiscale _____

in qualità di (barrare la casella):

familiare tutore amministratore di sostegno altro (specificare) _____

del Sig./Sig.ra _____

nato/a il _____ a _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

in P.zza/Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

Codice Fiscale _____

Chiede di per usufruire del servizio in oggetto :

In particolare si richiedono le seguenti prestazioni per n. _____ ore settimanali:

- Pulizia dell'ambiente domestico di vita dell'assistito;
- aiuto nella pulizia della persona;
- lavori di bucato (lavaggio, stiratura, rammendo);
- preparazione a domicilio dei pasti ed eventualmente somministrazione degli stessi;
- spese e commissioni varie inerenti le necessità quotidiane ed il governo della casa;
- accompagnamento della persona presso uffici o servizi medici, sociali, scolastici, parenti, etc...;
- assistenza e vigilanza nell'ambito familiare ed extrafamiliare durante lo svolgimento delle normali attività quotidiane;
- sistemazione di eventuali protesi ad orari stabiliti secondo le prescrizioni mediche.

Allega alla presente:

- Attestazione I.S.E.E in corso di validità
- Copia certificato invalidità civile e/o riconoscimento L.104/92 (se in possesso)

Il/La sottoscritto/a si impegna a:

- corrispondere l'importo orario a proprio carico, calcolato in base alla fascia ISEE di appartenenza, direttamente alla Coop.va accreditata che Le erogherà la prestazione, dietro presentazione di regolare fattura mensile;
- dare la propria disponibilità ad essere presente presso la propria abitazione nell'orario prestabilito per l'effettuazione del servizio di assistenza domiciliare, così come fissato dal servizio sociale e/o dalla cooperativa sociale incaricata (in caso contrario è consapevole di essere tenuto comunque al pagamento delle ore programmate);
- comunicare per iscritto, almeno un mese prima, la propria eventuale disdetta del servizio.

Il/La sottoscritt_ dichiara inoltre di essere stat__ informat_ che, in caso di mancata risposta alla presente e/o di mancata adozione dei provvedimenti amministrativi relativi all'accoglimento della richiesta in oggetto nel termine di 60 giorni dalla data di presentazione dell'istanza, la stessa si intende rifiutata per mancanza dei requisiti previsti a norma di legge, di regolamento e/o per insufficiente disponibilità di ore di assistenza domiciliare da assegnare all'utenza.

II/LA RICHIEDENTE
