



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: _____