AMBITO TERRITORIALE N 12

COMUNI DI:

POZZUOLI *BACOLI* *MONTE DI PROCIDA*

aslnapoli2nord

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
LEGGE 328/00

Prot. n._____del_____

OGGETTO: **richiesta di accesso al servizio di Assistenza Domiciliare Anziani**

_L_ sottoscritt_ _____

_____

Nat_ a _____ il_____residente in_____

alla via _____Tel.: _____

CHIEDE

di usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare Anziani, ai sensi della Legge 328/00 e nel rispetto del Regolamento d'accesso al servizio, dell'Ambito territoriale N.12:

Assistenza Domiciliare – SAD
ricomprese nelle prestazioni LEA:

- Cura di sé e svolgimento delle funzioni primarie della vita quotidiana [1] ☐
- Attività tese a favorire l'autosufficienza nell'attività giornaliera [2] ☐
- Accudimento infermieristico e igienico - sanitario di semplice attuazione [3] ☐

Assistenza domiciliare sociale ☐

[1] Attività quali alzarsi dal letto, igiene personale e cambio della biancheria, espletamento delle funzioni fisiologiche, vestizione, assunzione dei pasti.

[2] Attività quali mantenimento di posture corrette, aiuto ad una corretta deambulazione, accorgimenti per una giusta posizione degli arti in condizioni di riposo, aiuto nei movimenti di arti invalidi, movimenti di mobilizzazione semplici e mobilizzazioni del paziente allettato, attività di recupero e mantenimento di capacità cognitive e manuali, accompagnamento per visite mediche o accertamenti diagnostici, accompagnamento nella vita di relazione o nell'accesso ai servizi e nell'espletamento di pratiche.

[3]Attività quali somministrazione di farmaci per via orale, effettuazione o cambio di piccole medicazioni, misurazione della pressione arteriosa, prevenzione delle piaghe da decubito, uso di presidi, ausili, attrezzature e apparecchi sanitari di semplice uso, trasporto utenti per esigenze sanitarie.

Nota: la domanda deve essere presentata presso:

- Ufficio Protocollo del Comune d'appartenenza;

Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

a) Certificato rilasciato da un medico di medicina generale o da uno specialista di una struttura pubblica, se in possesso anche certificato legge 104 e decreto di invalidità civile ;
b) Certificato attestante la situazione reddituale (ISEE) con dichiarazione resa al CAF.

Il Richiedente

_____

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs 30.06.03 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il Richiedente

_____