

PIEISTA ASSISTENZA DOMICILIARE A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

AL COMUNE
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

.....

..... sottoscritto/a, chiede per se stesso-a/ per il
congiunto, nato a,
..... e residente a, via,
senza domiciliare a favore di persone non autosufficienti, di cui al bando del Distretto Socio-Sanitario n°
o

All'uopo dichiara di non usufruire di assistenza in strutture di tipo residenziale o semi-residenziale, e di
essere assistito/a da badante a tempo pieno.

Acconsente, inoltre, al trattamento dei propri dati personali, secondo le norme vigenti sulla privacy.

Allega alla presente:

Situazione di famiglia;

Copia documento d'identità;

Copia documento attestante l'invalidità totale e non autosufficienza.-

.....L..... RICHIEDENTE

.....

STATO DI AUTOSUFFICIENZA

- E' in grado di alzarsi dal letto
- " di mangiare
- " di lavarsi e vestirsi
- " di pulire casa
- " di fare la spesa
- " di cucinare
- " di muoversi in casa
- " di fare le scale
- E' autonomo, non necessita di supporto
- Necessita di supporto
- Abbisogna di assistenza domiciliare
- se si:
 - necessita di aiuto per l'igiene dell'alloggio
 - " per la spesa
 - " per preparazione pasti
 - " per lavaggio e stiratura biancheria
- Aiuto alla persona : igiene personale
- cambio pannolone
- bagno
- assunzione pasti
- Aiuto alla tutela sanitaria: mobilitazione
- aiuto protesi/sussidi
- prevenzione piaghe da decubito
- controllo assunzione farmaci

GRADO DI INTENSITA' ASSISTENZIALE

- Molto elevato
- Elevato
- Medio
- Basso

FUNZIONALITA' RESIDUA

- Alta
- Medi
- Bassa
- Nulla

BISOGNI EVIDENZIATI

- Segretariato sociale
- Sostegno psico-sociale
- Interventi di sostegno alla famiglia
- Prestazioni riabilitative
- Prestazioni infermieristiche
- Prestazioni mediche
- Animazione del tempo libero
- Altro _____

L'OPERATORE SOCIALE

PALMI _____