|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMUNE**  **VEROLI** | **RICHIESTA DI SERVIZIO DI ASSISTENZA**  **DOMICILIARE** | **SERVIZIO**  **SOCIALE** |

**Spett. le Comune di Veroli Al Funzionario del Servizio Assessorato Servizi Sociali Dr. Giovanni Papetti**

Richiesta Servizio di Assistenza Domiciliare

Il/ La SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato o/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RESIDENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN QUALITA’ DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER IL/LA SIG/RA**

COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RESIDENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PER LE SEGUENTI PRESTAZIONI**

|  |
| --- |
| 1. **Governo della Casa e Aiuto domestico**   □ RIORDINO DEL LETTO DELLA STANZA □ AIUTO NELLA PULIZIA GENERALE □ AIUTO NEI PICCOLI LAVORI  MANUTENTIVI |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **aiuto nella cura della Persona**   □ AIUTO AD ALZARSI DAL LETTO  □ AIUTO NEL BAGNO IGENICO E NELLA DOCCIA  □ AIUTO NELLA DEAMBULAZIONE IN CASA  □ AIUTO NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI MEDICINALI | □ AIUTO NELLA PULIZIA GENERALE  □ AIUTO NELLA VESTIZIONE  □ AIUTO DURANTE I PASTI  □ ATTIV. DI PREVENZIONE DELLE PIAGHE  DI DECUBITO |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Attività di supporto**   □ SOSTEGNO PSICO-SOCIALE  □ ATTIVITA’ EDUCATIVE | □ AIUTO NEGLI SPOSTAMENTI ESTERNI (PER LA  SPESA, PER USCIRE, ECC..)  □ ATTIVITA’ RICREATIVE E CULTURALI |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Attività di Segretariato sociale**   □ DISBRIGO DI PRATICHE AMMINISTRATIVE | □ INTEGRAZIONE CON ALTRI SERVIZI  SOCIO- SANITARI ED EDUCATIVI |

**A CORREDO DELLA PRESENTE SI ALLEGA:**

**- DICHIARAZIONE ISEE**

**- CERTIFICAZIONE MEDICA**

**- FOTOCOPIA DOCUMENTO**

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma per esteso e leggibile del richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**