

COMUNE DI SANT'AGATA LI BATTIATI



PROVINCIA DI CATANIA

SETTORE VII SERVIZI SOCIALI

Prot. _____

del. _____

Al Sig. Sindaco del Comune di

S.AGATA LI BATTIATI

OGGETTO: Richiesta assistenza domiciliare

_____ sottoscritt _____

Nat ___ a _____ il _____ Residente in Sant'Agata Li
Battiati- CT

Via _____ n° _____ Telefono

N.Q. di Legale Rappresentante (Genitore, Tutore)
di _____

CHIEDE

alla S.V. a norma dell'art. 50 del vigente Regolamento dei Servizi Sociali,
l'assistenza domiciliare per il soggetto sotto indicato:

NOME E
COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI
NASCITA _____

DOMICILIO _____

Fa presente di trovarsi nelle seguenti condizioni:

- a) -Persona anziana parzialmente autosufficiente e che vive da sola;
- b) -Portatore di handicap/minore/adulto che necessita di cure o assistenza che i familiari non riescono ad assicurare
- c) -madre di famiglia che per motivi contingenti (gestazione-malattia) non può accudire personalmente alle faccende domestiche;

d) -minore che ha bisogno di prestazioni domiciliari in quanto _____

e) -soggetto in difficoltà per situazioni o condizioni contingenti seguenti _____

Necessita pertanto delle seguenti prestazioni domiciliari:

- | | |
|--|-------|
| 1. Assistenza infermieristica, terapia iniettiva, prelievi | SI/NO |
| 2. Bucato, raccolta e riconsegna biancheria | |
| SI/NO | |
| 3. Governo della casa | |
| SI/NO | |
| 4. Aiuto preparazione pasti | |
| SI/NO | |
| 5. Igiene e cura della persona | |
| SI/NO | |
| 6. Fornitura pasti caldi | |
| SI/NO | |
| 7. Espletamento pratiche | |
| SI/NO | |
| 8. Sostegno psicologico | |
| SI/NO | |
| 9. Riabilitazione fisio-motoria | SI/NO |
| 10. Accompagnamento | |
| SI/NO | |

allega alla presente la documentazione prescritta con impegno di fornire eventuale altra richiesta dell'ufficio:

- a) Stato di famiglia dell'Ufficio;
- b) Copia calcolo I.S.E. riferito all'anno _____
- c) Documentazione anagrafica attestante la condizione del nucleo familiare e dei soggetti obbligati per legge;
- d) Certificato rilasciato dal medico curante oppure cartella clinica in cui si evinca la necessità del servizio;
- e) Dichiarazione probatoria del reddito complessivo goduto dai nuclei familiari sopraindicati.

Sant'Agata li Battiati, li _____

IL RICHIEDENTE
