

Soggetto prestatore
di assistenza istituzionale:
Indirizzo:

DOMANDA DI CONCESSIONE O DI TRASFERIMENTO DELL'ASSISTENZA ISTITUZIONALE

Concessione

Trasferimento

FRUITORE

1. NOME E COGNOME: _____

2. Codice Anagrafico Unitario del Cittadino:

3. RESIDENTE IN: Via/Piazza _____

Località: _____ Comune: _____ C.A.P.:

4. Numero di telefono/GSM:

5. Fruisce di assicurazione medica facoltativa: SÌ NO

TUTORE LEGALE O DELEGATO

(Il tutore legale è colui che tale è determinato dalla legge o da atto dell'organo competente su base legislativa; Delegato è colui che il fruitore delega a rappresentarlo nell'iter di concessione, trasferimento o abbandono dell'ente)

6. NOME E COGNOME: _____

7. RESIDENTE IN: Via/Piazza _____

Località: _____ Comune: _____ C.A.P.:

8. Numero di telefono/GSM:

PERSONA DI CONTATTO

(Compilare solo se la persona di contatto è diversa dal tutore legale o dal delegato)

9. NOME E COGNOME: _____

10. Via/Piazza _____ Località: _____ C.A.P.:

11. Numero di telefono/GSM:

REDDITO MENSILE FRUITORE E PAGAMENTO SERVIZI

12. REDDITO FISSO MENSILE:

- Non percepisco reddito fisso Percepisco reddito fisso

13. PAGAMENTO DEI SERVIZI

- Pagamento per intero dei servizi a proprio carico
- Pagamento dei servizi nei limiti delle proprie capacità economiche, il resto a carico delle persone seguenti:

nome e cognome	anno di nascita	indirizzo di residenza	telefono	relazione col fruitore

- Chiedo l'esenzione dal pagamento o il pagamento della parte rimanente

SERVIZI

14. INDICARE I MOTIVI PER CUI SI RICHIEDONO I SERVIZI DEL PRESTATORE

15. TIPOLOGIA, FORMA E DURATA DEL SERVIZIO DESIDERATO (indicare)

tipologia: presso l'ente (casa) in appartamento o comunità altro

durata: permanente (a tempo indeterminato)
 temporanea dal _____ al _____

forma: giornata (sino a 12 ore) giorno intero

Si necessita di mezzo di trasporto in caso di assistenza in giornata? SÌ NO

16. TIPO DI CAMERA IN CUI SI DESIDERA SOGGIORNARE (indicare)

- singola doppia
 multipla appartamento

17. TIPOLOGIA E QUANTITÀ DI ASSISTENZA NECESSARIA NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE E NELLA CURA PERSONALE (indicare il quadrato appropriato)

Per	sono autonomo	necessito di aiuto		note
		qualche volta	sempre	
vestirmi e spogliarmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
calzare e togliere le scarpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lavarmi, fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l'alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
defecare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

18. INIZIO DESIDERATO DI UTILIZZO DEL SERVIZIO

19. CHIEDO DI TRASMETTERE LA DOMANDA ANCHE AI SEGUENTI PRESTATORI:

Il richiedente deve allegare la seguente documentazione:

- 1. parere medico sullo stato di salute, rilasciato al massimo un mese prima della presentazione della domanda, se non si evince dalla documentazione di cui all'ultimo punto,**
- 2. * dichiarazione del pagamento della parte rimanente dei servizi da parte di terzi,**
- 3. delibera dell'organo competente o parere esperto della commissione competente, rilasciata nell'iter di riconoscimento del diritto secondo altre normative (nel caso di domanda per concessione o trasferimento in ente speciale di assistenza sociale, ente di assistenza sociale combinata, centro di assistenza sul lavoro o ente per la riabilitazione),**
- 4. **delega o delibera di nomina del tutore legale.**

L'organo titolare dell'iter acquisisce d'ufficio i dati e la documentazione dai registri pubblici per i quali ha la competenza ex legislazione che regola l'assistenza sociale.

In conformità con la Legge sulla privacy, consento che i dati personali nella domanda siano inoltrati all'ente erogatore indicato al punto 19 della presente domanda e che siano trattati nell'iter di riconoscimento del diritto all'assistenza istituzionale.

**Firma fruitore _____
(tutore legale o delegato)**

o

**Firma richiedente _____
(se la domanda non è presentata dal fruitore)**

- relazione col fruitore _____
- residente in _____

Li _____, il: _____

* da allegare nel caso in cui i servizi sono pagati anche da terzi

** da allegare nel caso in cui la domanda di concessione o di trasferimento dell'assistenza istituzionale è presentata dal tutore legale o dal delegato del richiedente