

p.c. all'Ufficio di Piano
p.c. ai Servizi Sociali del Comune di

**RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE
"PROGETTO SOS CAREGIVER"**

Il Sottoscritto _____ in qualità di:

- Servizio Sociale _____
- E.T.S. _____
- P.U.A. _____
- Servizio Sanitario (specificare quale) _____

CON LA PRESENTE RICHIEDE

L'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare nell'Ambito del progetto di supporto ai Caregiver

In favore di: (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov _____ il ____ / ____ / ____

Residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____ /cell. _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale _____

A supporto del Caregiver Sig./Sig.ra _____

SCHEDE FABBISOGNO ASSISTENZIALE

FABBISOGNO ASSISTENZIALE: _____

AZIONI E DURATA INTERVENTO

Ore settimanali richieste: _____ durata (in giorni): _____

Prestazioni (barrare quelle richieste):

- cura della persona con particolare riguardo a igiene personale, abbigliamento, igiene dei vestiti e biancheria, aiuto nella deambulazione, somministrazione dei pasti, aiuto nell'assunzione delle terapie farmacologiche non complesse;
 - cura degli ambienti di vita utilizzati dalla persona con particolare riguardo al decoro e all'igiene;
 - attività specifiche finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento di abilità nell'ambito della autosufficienza nel proprio ambiente di vita;
 - attività di aiuto/gestione delle spese per acquisto beni e/o servizi; (esempio spesa alimentare e bollette);
 - accompagnamento nei luoghi di impegno ed interesse personale finalizzati all'espletamento del piano personalizzato di assistenza (esempio scuola, lavoro, servizi sanitari, attività ludiche, ecc.);
 - informazioni su diritti, pratiche e servizi per migliorare la qualità della vita della persona con disabilità, espletamento con e per la persona destinataria del servizio di pratiche burocratiche;
 - altri interventi personalizzati, elaborati in fase di valutazione e programmazione del piano personalizzato di assistenza.
- Si allega alla presente la scheda caregiver, qualora non in possesso dei Servizi Sociali del Distretto sociosanitario RM 6.2

Luogo e data _____

Firma

INFORMATIVA PRIVACY

Si informa che i dati personali saranno trattati nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, in esecuzione del D.lgs 163/2013 e s.m.i in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR).