



CITTÀ DI  
FIUMICINO

AREA POLITICHE SOCIALI  
IL DIRIGENTE

**DOMANDA PER IL “SERVIZIO SOLLIEVO” DI CURA E ASSISTENZA  
IN FAVORE DEI MALATI DI ALZHEIMER E I LORO FAMILIARI**

**DATI ANAGRAFICI:**

Cognome \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Sesso **M F**

Stato civile \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Medico di base \_\_\_\_\_

**PERSONA REFERENTE DELL'UTENTE:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**CONDIZIONE DELL'UTENTE:**

1. In grado di autodeterminarsi SI  NO

2. Amministratore di sostegno SI  NO

se SI, indicare Nominativo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

3. Tutore SI  NO

se SI, indicare Nominativo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

4. Persona che usufruisce di permessi/congedi legati a legge 104/1992 SI  NO

se SI, indicare Nominativo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**CONDIZIONE ECONOMICA:**

ISEE Ordinario o Nucleo Ristretto

pari a €|\_\_\_\_\_|

## INVALIDITÀ

### L'utente è titolare di:

Pensione sociale  pari a \_\_\_\_\_

Assegno accompagnamento  pari a \_\_\_\_\_

Pensione Invalidità  pari a \_\_\_\_\_

Pensione Reversibilità  pari a \_\_\_\_\_

**Invalidità civile nella percentuale del** \_\_\_\_\_

Per la seguente motivazione:

### CONDIZIONE ABITATIVA:

Affitto

Alloggio pubblico assegnato

Usufrutto

Nuda proprietà

Proprietà o uso gratuito

se in affitto, canone mensile pari a € \_\_\_\_\_

### COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

**Grado di parentela** \_\_\_\_\_

**Età** \_\_\_\_\_

**Professione** \_\_\_\_\_

Eventuale presenza di patologie di uno o più componenti del nucleo familiare (specificare):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

### PARENTELA E VICINATO:

Parenti disponibili SI  NO

Vicini disponibili SI  NO

### RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI (l'utente usufruisce di):

1. Assistenza domiciliare erogata dal Comune SI  NO

se SI, specificare quante ore settimanali \_\_\_\_\_

2. Cad SI  NO

3. Servizio disabili adulti Asl SI  NO

4. Dipartimento salute mentale SI  NO

5. Altro SI  NO

se SI, specificare \_\_\_\_\_

**FREQUENZA CENTRI DIURNI:**

SI  NO

Se SI, specificare giorni e orari di frequenza \_\_\_\_\_

**FREQUENZA CENTRI RIABILITATIVI:**

SI  NO

Se SI, specificare giorni e orari di frequenza \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

1. Fotocopia della certificazione medica rilasciata dalla UVA (Unità Valutativa Alzheimer) attestante la patologia di Alzheimer;
2. Eventuale Fotocopia del verbale d'Invalidità civile e/o della Legge 104/1992;
3. Certificazione ISEE in corso di validità;
4. Fotocopia Carta d'Identità del richiedente e del beneficiario;

*Il/La sottoscritto/a consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità che le dichiarazioni date nel presente prospetto sono conformi al vero.*

*Il/La sottoscritto/a si impegna, inoltre, in caso di accoglimento della presente richiesta a segnalare non oltre il 30 giorno dal suo verificarsi, qualsiasi variazione di quanto dichiarato nella presente.*

*Il/la sottoscritto/a si impegna ad accettare eventuali visite domiciliari da parte dell'Assistente Sociale del Comune e della Asl di Fiumicino.*

*Fiumicino, lì*

*Firma del dichiarante*

-----  
*Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ha presentato domanda di Servizi alla persona per il/la sig./ra \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_*

*Firma del dichiarante*

*Firma dell'Operatore dell'Ufficio*