



DOMANDA RICHIEDENTE

Il sottoscritto/a,

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente a	
n. di telefono	
E-mail	
In qualità di	

CHIEDE

- Per se stesso
- Per Il sig. / la sig.ra

Cognome e nome		
Luogo e data di nascita		
Residente a		
<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> Periferia	<input type="checkbox"/> Campagna
C.F.		
n. di telefono		

Conviventi:

- Sì _____
- No

Abitazione:

- Casa/ appartamento piano terra
- Casa/appartamento primo piano
- Casa con più piani
- Appartamento con ascensore
- Appartamento senza ascensore

Disponibilità camera per eventuale assistente familiare convivente:

- Sì
- no
- non necessario

Invalidità civile sì no in attesa

Indennità accompagn. sì no in attesa

La persona è informata della domanda:

- Sì
- No





Iniziativa della domanda:

- Soggetto stesso
- Familiare o affine
- Assistente sociale o altri servizi (MMG, Ospedale)
- Altro (specificare _____)

Altri riferimenti utili:

Cognome e nome	Residenza	Ruolo	Telefono

Di essere alla ricerca di un assistente familiare per rispondere alle seguenti esigenze:

- ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti)
- IADL (pulizia casa, preparazione pasti, lavanderia)
- Supervisione diurna
- Supervisione notturna

Situazione sociale-sanitaria e funzionale:

- Allettato (completamente non autosufficiente)
- Parzialmente non autosufficiente
- Demenza
- Autonomia ridotta

Descrizione situazione-sanitaria e funzionale

Tipologia di assistenza familiare richiesta:

- Convivente (contratto h 54)
- Non convivente full time
- Non Convivente part-time
- Assistenza notturna





I.P.A.B.
CASA DI RIPOSO
"MONUMENTO AI CADUTI IN GUERRA"
SAN DONÀ DI PIAVE

REGIONE DEL VENETO



ULSS4
VENETO ORIENTALE

Requisiti dell'assistente familiari:

Preferenza:

- Femmina
- Maschio
- Indifferente

Munito di Patente:

- Sì
- Non Necessario

SERVIZI GIÀ ATTIVI:

- SAD (servizio di assistenza domiciliare)
- Pasti a domicilio
- Vigilanza /accompagnamento
- Telesoccorso
- Igiene della casa
- Trasporto / accompagnamento
- Centro Diurno / Centro Sollievo

Lì, _____

Assistente sociale

Firma del richiedente



Città di San Donà di Piave



CITTÀ DI JESOLO



CITTÀ DI CAORLE



Comune di Cavallino-Treporti



Comune di Fossalta di Piave



Città di Musile di Piave



Comune di Noventa di Piave