



CITTÀ DI LICATA



COMUNE DI PALMA DI MONTECHIARO

Al Sig. Sindaco

di _____

Ufficio di Servizio Sociale

SEDE

Istanza per l'accesso agli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano a domicilio di un'assistenza continua H24 e non usufruiscono di altra assistenza domiciliare. D.A. n. 92 del 23/01/2015 -

Il / la sottoscritto /a _____, nato /a
a _____ il _____ e residente in
_____ via /piazza _____
n. _____ c.a.p. _____ -Agrigento, telefono _____ codice fiscale:

in qualità di :

- familiare (specificare _____)
- tutore
- Amministratore di sostegno
- altro (specificare _____)

CHIEDE

di aderire al Programma Attuativo a favore di persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano a domicilio di un'assistenza continua H24 e non usufruiscono di altra assistenza domiciliare - approvato con D.A. n. 92 del 23/01/2015 -

In nome di :

Cognome _____ Nome _____ nato a
_____ prov. _____ il _____ e residente a _____ in
via _____ n. _____ tel. _____ appartenente alla seguente
categoria :

PAZIENTE in condizioni di dipendenza vitale che necessita a domicilio di un'assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24 h, per bisogni complessi derivanti da gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantire l'integrità psico-fisica (art. 3 c.1 D.M.07/05/2014), specificare:

[] paziente con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato al letto e/o in carrozzina;

[] paziente con demenza terminale che richieda di assistenza totale perchè totalmente incapace di comunicare, allettato e/o in carrozzina nonché incontinente;

[] paziente in stato vegetativo o coma o "locked-in syndrome";

[] paziente affetto da malattia neuro-muscolare e dipendenza ventilatoria per almeno 8 h su 24;

[] paziente con necessità di ventilazione meccanica invasiva;

[] paziente affetto da malattia organica cronica, irreversibile, associata a disturbi del comportamento tali da mettere a rischio la propria o l'altrui incolumità vitale;

CHIEDE :

{ } assistenza domiciliare diretta h24;

{ } assistena domiciliare indiretta h24;

Data

Firma

Allega alla presente istanza :

1. certificazione attestante la diagnosi e lo stadio della malattia secondo le scale di equivalenza se previste;
2. copia della certificazione di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;
3. copia della certificazione della disabilità in situazione di gravità (L.104/92 art. 3 comma 3) ;
4. valido documento d'identità del presentatore dell'istanza .

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 455/2000, è obbligo apporre la firma e allegare copia di valido documento d'identità.

DICHIARA

1. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Digs.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
2. il conferimento dei dati è sempre obbligatorio: non fornire i dati comporta non osservare obblighi di legge e/o impedire che l'ufficio ricevente possa rispondere alle richieste;
3. i dati possono essere comunicati a tutti i soggetti che, secondo la normativa vigente, sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli, nonchè ai soggetti che sono titolari del diritto di accesso;
4. i dati possono essere conosciuti dal responsabile o dagli incaricati del responsabile;
5. l'interessato può esercitare i seguenti diritti previsti dall'art. 7 del Digs. 196/03:
 - a) richiedere la conferma o meno dell'esistenza di dati che lo riguardano;
 - b) ottenere la loro comunicazione in forma digitale;
 - c) richiedere di conoscere l'originale dei dati personali, le finalità e modalità di trattamento, la logica applicata se il trattamento è effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
 - e) aggiornare, correggere o integrare i dati che lo riguardano;
 - f) opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.

Data _____

firma del richiedente _____