



**DOMANDA DI ACCESSO A SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI E DOMICILIARI
RISERVATI AI PENSIONATI DELLA GESTIONE EX INPDAP E AGLI ADULTI
ISCRITTI ALLA GESTIONE EX INPDAP E LORO FAMILIARI DI I GRADO
NON AUTOSUFFICIENTI**

PROGETTO DENOMINATO “SEMPRE AL TUO FIANCO” CO-FINANZIATO DALL’I.N.P.S.
– GEST. EX I.N.P.D.A.P. NELL’AMBITO DELL’ INIZIATIVA”HOME CARE PREMIUM 2011”

Al Sindaco del Comune

di.....

Il sottoscritto:

.....nato

il

residente a Via /

Piazza.....

Tel. Fisso cellulare

email.....

Codice

Fiscale.....

.....

Pensionato Inpdap; Pensione n°.....

coniuge superstite di pensionato Inpdap Pensione

n°.....

Iscritto Inpdap ; Amministrazione di

appartenenza.....

Chiede alla S.V.

(se pensionati Inpdap)

per se stesso /per il coniuge

(se iscritti Inpdap in attività di servizio)

per il coniuge / genitore del quale si forniscono le seguenti generalità:

Nome..... Cognome

.....data di nascita.....

Residente a.....via

.....

Codice fiscale.....

di poter accedere ai servizio assistenziale domiciliare erogato nel Comune

di..... in cofinanziamento con I.N.P.S. Gest. ex I.N.P.D.A.P.

denominato “Sempre al tuo fianco” ed esente da ogni contributo economico da parte degli assistiti.

Chiede, altresì, di poter usufruire dei seguenti Servizi aggiuntivi:

Ospitalità presso il Centro diurno del Comune di

- Servizi di mantenimento della condizione fisica e di prevenzione delle malattie presso palestra / piscina convenzionata e dotata di istruttori specializzati e dedicati.
- Servizio di telesoccorso e teleassistenza.

In aggiunta, in caso di bisogno emergente, chiedo di poter accedere ai :

- Servizi di terapia riabilitativa presso strutture convenzionate (post traumatica o per patologia) non già a carico del Servizio Sanitario Nazionale
- Servizi di accoglienza ,fino ad un massimo di 15 giorni, presso strutture sociali di tipo residenziale, per periodi di sollievo (anche dei familiari)

Dichiaro

- che la persona destinataria delle prestazioni è nelle condizioni di salute di non autosufficienza / invalido e di rendersi disponibile, sin da ora, all'incontro con l'Assistente sociale presso il domicilio sopra indicato e previo avviso telefonico, per la costruzione del Programma Assistenziale Individualizzato .
- di preferire, qualora possibile ottenerlo, il servizio di prossimità e vicinato, potendo contare sulle cure del sig.....In qualità di familiare/ vicino di casa dichiaratosi disponibile per i servizi di assistenza domiciliare (**scelta non obbligatoria**)

Allego:

- copia documento di identità del richiedente e del familiare se destinatario della prestazione
- copia del codice fiscale del richiedente e del beneficiario
- dichiarazione di non godimento di analoga prestazione socio assistenziale da parte di altro Ente Pubblico

.....data.....

In fede

Spazio riservato al Punto Unico di Accesso

Protocollo di ingresso N°del

Firma addetto al P.U.A.

.....

Consegnato all'Assistente sociale in data.....