

Spett.le
Azienda Sanitaria Locale Foggia
Unità di Valutazione Multidimensionale
Tratturo Castiglione
71100 F O G G I A

Istanza di Assistenza Domiciliare trasmessa tramite il Centro Medico di Riabilitazione "Vita" Via Aldo Moro,86 – Cerignola

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____,
residente in _____ in Via _____ n. _____, telefono _____,
affetto da _____.

fa richiesta di **Trattamento Riabilitativo Domiciliare** ai sensi del regolamento della Regione Puglia N. 20/2011, pubblicato sul BURP N. 125 suppl. del 10.08.2011

A tal fine **DICHIARA**, ai sensi della Legge 445/2000, i seguenti dati relativi alla propria situazione personale e familiare :

ABITAZIONE :

- Piano dello Stabile in cui è ubicata l'abitazione _____ - Presenza di ascensore SI [] NO []
Di dimensione idonee per l'accesso della carrozzina SI [] NO []
- Numero di scalini per accedere all'ascensore _____

AUSILI UTILIZZATI :

- Tripode SI [] NO []
- Deambulatore (girello) SI [] NO []
- Carrozzina: SI [] NO []
 Normale SI [] NO []
 Superleggera SI [] NO []
 Elettrica SI [] NO []
- Montascale SI [] NO []
- Letto con sponde [] senza sponde []
- Materasso antidecubito SI [] NO []
- Ausili per incontinenza (pannoloni, catetere, etc) SI [] NO []

Altro: _____

NUCLEO FAMILIARE : - Familiare o altra persona che si prende cura dell'utente, a cui potersi rivolgere:

COGNOME E NOME : _____

RECAPITO TELEFONICO : _____

CONDIZIONE DI CONVIVENZA:

a) Vive solo []
b) Convive con: coniuge [] figli [] coniuge e figli [] altro familiare [] badante []

MOBILITA' ESTERNA, DA SOLO/A O CON ASSISTENZA

- E' in grado di recarsi a riscuotere la pensione/indennità e di andare a votare SI [] NO []
- E' in grado di recarsi in Chiesa, al mercato, a fare acquisti nei negozi, di utilizzare mezzi di trasporto SI [] NO []

Allega alla presente:

- 1) Richiesta di intervento riabilitativo domiciliare del Medico di Medicina Generale (Medico Curante) []
- 2) Fotocopia Documento di Identità []
- 3) Fotocopia Tessera Sanitaria []

Invita codesta A.S.L. a trasmettere qualsiasi comunicazione relativa alla propria pratica tramite il Centro di Riabilitazione "Vita" –

Firma del Richiedente o se impossibilitato Firma di un Familiare

Data, _____