

**OGGETTO: Voucher agli anziani ultrasessantacinquenni e non autosufficienti per l'acquisto di servizi a domicilio dai soggetti accreditati ai sensi della DRG 505/2013. Istanza di ammissione.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Stato civile**

coniugato  vedovo  celibe/nubile

**Nucleo familiare:**

Nome e Cognome	Luogo e data di nascita	Grado di Invalidità e/o possesso dei requisiti della legge n.104/92

**Abitazione:**

di proprietà  in affitto al piano n° \_\_\_\_ (solo se abitazione è priva di ascensore)

**Servizio Richiesto**

- servizio socio Assistenziale Domiciliare
- cure domiciliari integrate di primo livello
- cure domiciliari integrate di secondo livello
- cure domiciliari integrate di terzo livello
- cure domiciliari palliative  cure domiciliari prestazioni cicliche
- assistenza Domiciliare Programmata
- servizio Assistenziale semiresidenziale
- servizio assistenziale residenziale
- altri servizi territoriali \_\_\_\_\_

**Natura del bisogno**

- sociale
- medico specialistico
- infermieristico
- riabilitativo
- psicologico
- altro \_\_\_\_\_

**Medico di famiglia:**

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

Tel/Cell. \_\_\_\_\_

In caso di impedimento anche temporaneo del richiedente la domanda può essere presentata da un familiare o da altra persona vicina (care giver).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Alla presente si allega:**

1. scheda di proposta di accesso ai servizi territoriali compilata dal medico proponente;
2. certificato di invalidità ed eventuale 104 (personale ed eventualmente di altri familiari);
3. attestazione ISEE valida.