



Distretto Socio Sanitario RM 5.5



Distretto Socio Sanitario RM 5.6

Al Distretto Socio-Sanitario RM ___
c/o il Comune di residenza _____

HOME CARE ALZHEIMER – VI ANNUALITA'

Programma integrato sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e i malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo quanto riporta la legge sulle demenze

MODULO INTEGRAZIONE DELLE ISTANZE

RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. (____) il _____

Codice fiscale _____

residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____

in qualità di:

Amministratore di Sostegno/Tutore

Delegato del richiedente (delega allegata alla presente domanda)

IN FAVORE DI:

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. (____) il _____

Codice fiscale _____

residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____

CHE HA PRESENTATO ISTANZA CON PROTOCOLLO N. _____ DEL _____

INTEGRA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

F - provvedimento di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore secondo la normativa vigente in materia (o richiesta dell'atto di nomina). Nel caso in cui il test MMSE abbia un risultato pari o inferiore a 13, attestante quindi un deterioramento cognitivo severo, è richiesto un provvedimento di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore secondo la normativa vigente in materia o, qualora non fosse ancora stato emesso, la ricevuta di avvenuta presentazione dell'istanza presso il Tribunale competente consegnato ***entro e non oltre il 30 novembre 2020***,

H - test di autonomia funzionale (MMSE, ADL, IADL) rilasciati dagli ex Centri Uva/CDCD o da unità operative del Servizio Sanitario Nazionale (Unità operative di geriatria o neurologia), o dallo specialista neurologo o geriatra dei Centri Assistenza Domiciliare CAD. E' necessario consegnare integralmente le scale di valutazione di cui sopra. ***E' possibile integrare la domanda della certificazione richiesta entro e non oltre il 30 novembre 2020***. Al fine di garantire una corretta valutazione sanitaria e una corrispondente attribuzione del punteggio bisogna presentare i test di autonomia rilasciati da non più di 12 mesi;

I - Test CDR (Clinical Dementia Rating) è necessario consegnare integralmente la scala di valutazione. ***E' possibile integrare la domanda della certificazione richiesta entro e non oltre il 30 novembre 2020***;

J - certificazione ISEE in corso di validità (in assenza è possibile consegnare la DSU o dichiarazione sostitutiva attestante l'avvenuta richiesta presso un CAF. In tal caso l'ISEE va consegnato ***entro e non oltre il 30 novembre 2020***).

Luogo e data, _____

Firma del richiedente
