

## **DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19**

COMUNI DI GRAVINA DI CT- TREMESTIERI E. -MASCALUCIA - SAN GIOVANNI LA PUNTA - CAMPOROTONDO -  
SAN GREGORIO DI CT - SAN PIETRO CLARENZA - VALVERDE- VIAGRANDE - NICOLOSI -SANT'AGATA LI  
BATTIATI - PEDARA -TRECASTAGNI

### **ALLEGATO "B" AL PATTO DI ACCREDITAMENTO PROGRAMMA ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO FINALIZZATO ALLA EROGAZIONE DI VOUCHER - BUONO DI SERVIZIO DI**

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

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Comune di residenza assistito \_\_\_\_\_

Stato civile: ☐ coniugato ☐ separato/divorziato ☐ vedovo ☐ celibe/nubile

Sesso: ☐ F ☐ M

Istruzione: ☐ nessun titolo ☐ licenza elementare ☐ scuola media inf./avviamento

☐ scuola professionale ☐ medie superiori ☐ laurea

ultima professione \_\_\_\_\_

invalidità civile: ☐ sì ☐ no ☐ certificazione di cui alla legge 104/1992 art. 3 comma 3

indennità accompagnamento: sì ☐ no ☐

in attesa di istruttoria ☐

#### **NUCLEO FAMILIARE DI CONVIVENZA**

<b>Parentela</b>	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Età</b>	<b>Attività lavorativa</b>	<b>Scolarità</b>

#### **RETE FAMILIARE E SOCIALE DI SUPPORTO PRESENTE**

<b>Cognome e Nome</b>	<b>Età</b>	<b>Relazione</b>	<b>Recapito telefonico</b>	<b>Note</b>

**A- Obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere**

.....

.....

.....

**B- Prestazioni richieste**

- Igiene personale;
- Governo ed igiene dell'alloggio;
- Aiuto alla persona nell'alzata/ messa a letto;
- Disbrigo pratiche ed accompagnamento per visite mediche,etc...
- Prevenzione delle piaghe da decubito;
- Assistenza infermieristica domiciliare;
- Assistenza riabilitativa;
- Assistenza specialistica;
- Ogni attività di stimolo al mantenimento delle residue capacità psico- fisiche;
- Altro\_\_\_\_\_ -

**C- Figure professionali impegnate ( da compilare in caso di voucher)**

- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

**D- Presidi e ausili non compresi nel nomenclatore sanitario**

- ☐ .....
- ☐ .....

**E- Servizi socio assistenziali usufruiti**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Durata del programma**-----

**Valutazione**-----

**Strumenti:** -----

Referente Servizio Sociale del Comune

Referente UVM/UVD

-----  
( Firma )

-----  
( Firma)

Referente Familiare

-----  
( Firma per approvazione e sottoscrizione)