

Società della Salute Alta Val d'Elsa

Progetto SO.DO.VE 3
Sostegno Domiciliare Val d'Elsa 3
(codice progetto: 309132 – CUP: J59I23001310001)

AZIONE 2: Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza

Domanda di assegnazione Buono servizio

DATI DEL RICHIEDENTE:

<u>Nome</u>																						
<u>Cognome</u>																						
<u>Luogo di nascita</u>																						
<u>Data di nascita</u>																						
<u>Codice fiscale:</u>																						
<u>Sesso:</u>	M	F	<u>Cittadinanza:</u>																			

RESIDENZA:

<u>Regione:</u>														
<u>Comune:</u>														
<u>Indirizzo</u>														
<u>AUSL:</u>														

DOMICILIO SANITARIO (compilare se diverso da residenza):

<u>Regione:</u>														
<u>Comune:</u>														
<u>Indirizzo:</u>														
<u>AUSL:</u>														

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

<u>Nome:</u>														
<u>Cognome:</u>														
<u>Codice fiscale:</u>														

Data e luogo _____

Firma _____

N.B. la firma può essere apposta da un familiare, dal tutore/amministratore di sostegno (nel caso in cui la firma venisse apposta da persona diversa dal beneficiario, specificare tipo di parentela/tutela ed allegare alla presente il documento di identità del firmatario).

SEGNALAZIONE

<u>Tipo segnalazione:</u>	Primo contatto	o	Richiesta valutazione successiva non programmata
<u>Cognome del segnalatore:</u>			
<u>Nome del segnalatore:</u>			
<u>In qualità di:</u>			
<u>Indirizzo del segnalatore:</u>			
<u>Numero di telefono del segnalatore:</u>			
<u>Indirizzo e-mail del segnalatore:</u>			

Data e luogo _____

Firma segnalante _____

PERSONA DI RIFERIMENTO:

<i>Cognome</i>	
<i>Nome</i>	
<i>In qualità di</i>	
<i>Indirizzo segnalatore</i>	
<i>N. di telefono segnalatore</i>	
<i>Indirizzo e-mail</i>	

Il richiedente è tenuto a comunicare a questa SdS l'eventuale aggiornamento della dichiarazione.

ALLEGATI OBBLIGATORI ALLA PRESENTE RICHIESTA:

- 1) Domanda di iscrizione al FSC;
- 2) Scheda clinica redatta dal Medico di Medicina Generale;
- 3) Valutazione specialistica effettuata dal Dott./ssa:
 - nome.....
 - cognome.....
 - in data.....

La valutazione specialistica del Servizio Pubblico non può avere data precedente a 6 mesi dalla data di presentazione della domanda.

PARTE DA NON COMPILARE

RICHIESTA di assegnazione del Buono servizio relativo all'Azione 2 del Progetto SO.DO.VE 3.

PRIMA VALUTAZIONE:

- Caso semplice: sociale sanitario
- Caso complesso:
- Caso urgente:

Data chiusura scheda _____

Ruolo/firma operatore _____