

**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 DI SERVIZIO**

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**

Parentela	Cognome	Nome	Età	Attività lavorativa	Scolarità

**RETE FAMILIARE E SOCIALE DI SUPPORTO PRESENTE**

Cognome e Nome	Età	Relazione	Recapito telefonico	Note

**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

Referente Ditta

\_\_\_\_\_  
( Firma )

\_\_\_\_\_  
( Firma )