

Spett.le
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
Ubaldo Campagnola
Via Campagnola, 5
38063 – Avio (TN)

Luogo _____ Data _____

Oggetto: Domanda di Accoglimento presso il Servizio Abitare Leggero dell'A.P.S.P. *Ubaldo Campagnola* del/la Signor/a _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in via
_____ n _____ C.A.P. _____ Codice Fiscale
_____ n° tel. _____

in qualità di:

- Richiedente
 Figlio/Figlia del/della Sig./Sig.ra _____
 Familiare del/della Sig./Sig.ra _____
 Altro (specificare) _____ del/della Sig./Sig.ra _____

CHIEDE

l'accesso al servizio Abitare Leggero gestito dall'A.P.S.P. Ubaldo Campagnola del/della Sig./Sig.ra
_____ nato/a a _____ Prov. () residente a
_____ in Via _____ - Codice Fiscale:
_____ presso la sede di:

- Avio, Via Venezia 9C

Per il seguente periodo (tutte le domande dovranno avere scadenza il 31 dicembre di ciascun anno e saranno eventualmente oggetto di rinnovo e/o proroga):

Dal: _____ Al: _____

Per i seguenti motivi (descrivere le principali ragioni che hanno portato il richiedente a presentare domanda di accesso al Servizio):

E CHIEDE

L'attivazione dei seguenti servizi:

1. Servizi abitativi (*servizi già inclusi nella tariffa giornaliera*)
 - a. concessione in uso dell'alloggio assegnato, completamente arredato (spetta agli Utenti provvedere alla dotazione di stoviglie, suppellettili, biancheria, tendaggi interni, ecc.);
 - b. erogazione dell'energia elettrica, acqua e del riscaldamento. Per gli Utenti degli Alloggi di Ala l'attivazione delle utenze è a carico del singolo Utente il quale diverrà intestatario dell'Utenza stessa;
 - c. servizi condominiali (pulizie, manutenzione e illuminazione degli spazi comuni, interni ed esterni, dell'ascensore, amministrazione);
 - d. manutenzione straordinaria dell'Alloggio;
 - e. libero accesso agli spazi comuni dell'A.P.S.P;
2. Servizi socio-assistenziali e sanitari (*servizi già inclusi nella tariffa giornaliera*)
 - a. attività di assistenza e di cura della Persona durante l'intera giornata;
 - b. servizio di chiamata infermieristica notturna e passaggio notturno dell'Operatore Socio Sanitario agli orari prestabiliti;
 - c. partecipazione alle attività socio animative organizzate dall'A.P.S.P. Ubaldo Campagnola;
 - d. partecipazione alle attività motorie di gruppo organizzate dall'A.P.S.P. Ubaldo Campagnola;
3. Servizi Alberghieri (*servizi già inclusi nella tariffa giornaliera*)
 - a. Colazione comunitaria presso la sala Comune dell'Ente;
 - b. servizio di Ristorazione presso l'A.P.S.P. Ubaldo Campagnola
 - c. servizio di riordino quotidiano dell'Alloggio;
 - d. servizio di pulizia straordinaria;
4. Servizi erogati da parte dell'A.P.S.P. Ubaldo Campagnola secondo le modalità, i criteri e le tariffe specifiche e secondo il seguente piano individuale:

Giorno	Servizio lavanderi a	Noleggio Biancheri a Piana	Servizio di parrucchier a	Servizio di estetista	Servizi domiciliari *
Lunedì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Martedì			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercoledì			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giovedì			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venerdì			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabato					<input type="checkbox"/>
Domenica					<input type="checkbox"/>

* Da specificare la/le tipologia/e di prestazione richiesta/e:

A tal fine:

1. Allega alla presente richiesta la seguente documentazione:

- Relazione Sociale redatta dall'Assistente Sociale di Riferimento (*ove presente*);
- Relazione Sanitaria sintetica contenente le informazioni relative allo stato di salute del Richiedente (*obbligatoria*)
- Copia di un documento di identità (*obbligatoria*)

2. Dichiaro:

- a. di aver preso visione del Regolamento Aziendale approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 33 del 13.11.2019 e modificato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 35 del 04.12.2019;
- b. di aver preso visione delle tariffe approvate dal Consiglio di Amministrazione dell'A.P.S.P., di accettare le stesse e di impegnarsi al pagamento delle stesse in caso di ammissione al servizio in argomento;
- c. di essere consapevole che la presentazione della domanda non costituisce diritto all'accoglimento, che è subordinato alla valutazione dell'Equipe dell'A.P.S.P. Ubaldo Campagnola e alla successiva autorizzazione che potrà avvenire anche in forma verbale;
- d. che la propria situazione reddituale è la seguente:
 - Reddito mensile netto da lavoro dipendente € _____
 - Reddito mensile netto da pensione € _____
 - Altri redditi (specificare _____) € _____
- e. di aver preso visione dell'informativa al Trattamento dei dati Personali pubblicata sul sito internet aziendale ai sensi del Reg. UE 679/16 (www.apspavio.it);
- f. di autorizzare, ai fini della valutazione della presente domanda, l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona al trattamento dei propri dati personali e sanitari ai sensi del D. Leg.vo 196/2003 e del Reg. UE 16/679;

3. Comunica il nominativo completo di indirizzo e recapito telefonico delle persone alle quali si può fare riferimento ove presenti:

Cognome e Nome	Indirizzo	Recapito telefonico	Indirizzo e-mail (eventuale)	Tipologia di parentela/rapporto con l'utente
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Data _____

Firma _____

RELAZIONE SANITARIA SINTETICA CONTENENTE LE INFORMAZIONI RELATIVE
ALLO STATO DI SALUTE DEL RICHIEDENTE

Da compilare a cura del Medico di Medicina Generale e da allegare alla domanda di inserimento.

Il sottoscritto _____ in qualità di Medico di Medicina Generale
del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____

con la presente comunica:

- Anamnesi patologica remota:

- Anamnesi patologica attuale:

- Eventuali ausili in uso:

Presenza di Contenzione SÌ NO

Eventuale descrizione _____

Data _____ IL MEDICO CURANTE _____