



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**

\_\_\_\_\_