	PROCEDURA	C01 All.01-Modulo richiesta Attivazione del Servizio SAD Ed.prima-Rev.01	
	Codice CLIENTE 01	Emissione:	16/11/19
	RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE - SAD	Pagina 1 di 5	

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE - SAD


Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ C.F. _____ e residente a _____ prov. _____
via/Piazza _____ n. _____ tel. _____
In nome e per conto del/la Sig./Sig.ra _____ nella sua qualità di _____
_____ (indicare il rapporto di parentela/tutela/ADS/procuratore/altro)

CHIEDE

l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare - SAD _____
per il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ prov. _____
il _____ C.F. _____ e residente a _____ prov. _____
via/piazza _____ n. _____ tel. _____
stato civile _____ figli n. _____ istruzione _____ motivo della richiesta _____
composizione nucleo familiare _____

per le seguenti prestazioni:

- Prestazioni igienico-sanitarie**, volte alla cura della persona, finalizzata a supportare la persona assistita, in base ai bisogni ed alle esigenze individuali, assolvimento delle funzioni quotidiane: aiuto per il bagno; alzata/messa a letto; - vestizione/svestizione, etc.;
- Azioni di mobilitazione**, aiuto per la corretta mobilitazione, per la corretta deambulazione, assistenza negli spostamenti, aiuto nell'uso dei presidi e ausili sanitari;
- Alimentazione e Nutrizione, aiuto durante il pasto**, educazione alimentare nutrizione/aiuto per l'assunzione dei pasti; preparazione o fornitura a domicilio di pasti caldi pranzo e cena: _____
- Attività inerenti il governo della casa**, pulizia ordinaria degli ambienti di vita del Cliente, rifacimento letto, lavaggio delle stoviglie, controllo microclimatico ambientale, etc.
- Servizio di lavanderia, stireria, servizio guardaroba**, presso il domicilio del Cliente, o tramite ritiro dei capi e riconsegna presso il domicilio con frequenza da stabilire: _____
- Autonomia sociale**, attività finalizzate a favorire l'autosufficienza nelle attività quotidiane; attività di monitoraggio della condizione di vita della persona, collaborazione con i familiari nella sorveglianza della corretta assunzione dei farmaci;
- Attività integrative**, riguardano interventi di supporto alle attività ordinarie, finalizzate al mantenimento e al miglioramento delle qualità della vita del Cliente. Le attività integrative possono essere: - pulizia straordinaria degli ambienti in presenza di situazioni di particolare degrado; - altro _____
- Interventi di carattere educativo-sociale, segretariato, sorveglianza**, attività riferite al contesto di vita del Cliente, supporto/intervento educativo al caregiver nella cura dell'assistito; stimolo alla socializzazione; segretariato sociale; - sollievo ai familiari nelle attività di cura, in particolare ai familiari di persone affette patologie comportamentali e cognitive, etc.
- Prestazioni infermieristiche** e sanitarie, terapie, prelievi (con ritiro referti), medicazioni, trattamenti infermieristici, etc.
- Prestazioni di tipo riabilitativo** rivolto a persone autosufficienti, parzialmente tali, e non autosufficienti.
- Prestazioni socio-educative e psico-pedagogiche** rivolto a persone autosufficienti, parzialmente tali, e non autosufficienti; servizi educativi, riabilitativi, per anziani, giovani adulti, minori, disabili fisici e psichici, persone disagiate integrazione scolastica, per minori; feste a tema, di compleanno etc.; servizio educativo, ludico-ricreativo, animazione.
- Piano di Assistenza Individualizzato** **Piano Educativo Individualizzato** **Progetto legge 162/98**
- Programma "Ritornare a casa"** **Attività diverse**, accompagnamenti, trasferimenti, visite mediche, (compresi eventuali accessi a strutture ospedaliere, socio-sanitarie), acquisto generi alimentari, medicinali e materiali igienico-sanitari.
- Altro: assistenza ospedaliera, notturna, fine settimana e/o festivi** _____

	PROCEDURA		C01 All.01-Modulo richiesta Attivazione del Servizio SAD Ed.prima-Rev.01	
	Codice CLIENTE 01		Emissione:	16/11/19
	RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE - SAD		Pagina 2 di 5	

Personale e figure professionali coinvolte:	<input type="checkbox"/> Operatore Socio Sanitario	<input type="checkbox"/> Operatore Socio Assistenziale
<input type="checkbox"/> Ausiliaria Socio Assistenziale	<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Psicologo
<input type="checkbox"/> Terapista della Riabilitazione	<input type="checkbox"/> Educatore Professionale	<input type="checkbox"/> Trasporto e accompagnamento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A TAL FINE DICHIARA

Di ben sapere che il Servizio di Assistenza Domiciliare – SAD è regolato oltreché dal presente documento, dai documenti “Contratto del Servizio di Assistenza Domiciliare SAD”, “Termini e condizioni del Servizio di Assistenza Domiciliare”, al “Piano di Assistenza”, documenti tutti da me sottoscritti e di cui mi è stata consegnata a mani una copia di ciascuno. per presa visione, sottoscrizione e avvenuto ricevimento di copia, per usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare, dal _____;

Di essere a conoscenza e di accettare che il pagamento del Servizio di Assistenza domiciliare:

- ✓ è da corrispondere in forma anticipata presso la segreteria della Lucrezia Società Cooperativa
- ✓ che tutti i prezzi orari (giornalieri, settimanali, mensili, assistenze notturne, ospedaliere, fine settimana/festivi, legge 162/98, ed eventuali altri servizi) sono al netto di iva;

viene così concordemente pattuito:

giornaliera


dalle ore	alle ore	e/o dalle ore	alle ore	totale ore	costo orario	costo giornaliero
h	h	h	h	n.	€	€
totale di n. giorni		costo totale di euro ();				
i prezzi sono al netto di iva;						

settimanale (calcolato in base alla tabella e al costo giornaliero)

totale di n. giorni	costo totale di euro ();
i prezzi sono al netto di iva;	

mensile (calcolato in base al costo giornaliero)

totale di n. giorni	costo totale di euro ();
i prezzi sono al netto di iva;	

	PROCEDURA		C01 All.01-Modulo richiesta Attivazione del Servizio SAD Ed.prima-Rev.01	
	Codice CLIENTE 01		Emissione:	16/11/19
	RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE - SAD		Pagina 3 di 5	

assistenza notturna

dalle ore	alle ore	e/o dalle ore	alle ore	totale ore	costo orario	costo per notte	
h	h	h	h	n.	€	€	
totale di n. notti		costo totale di euro ());	
i prezzi sono al netto di iva;							

assistenza ospedaliera

dalle ore	alle ore	e/o dalle ore	alle ore	totale ore	costo orario	costo giornaliero	
h	h	h	h	n.	€	€	
totale di n. giorni		costo totale di euro ());	
i prezzi sono al netto di iva;							

assistenza fine settimana e/o festivi


dalle ore	alle ore	e/o dalle ore	alle ore	totale ore	costo orario	costo giornaliero	
h	h	h	h	n.	€	€	
totale di n. giorni		costo totale di euro ());	
i prezzi sono al netto di iva;							

progetto legge 162/98

dalle ore	alle ore	e/o dalle ore	alle ore	totale ore	costo orario	costo giornaliero	
h	h	h	h	n.	€	€	
totale di n. giorni		costo totale di euro ());	
i prezzi sono al netto di iva;							

trasferimenti, accompagnamenti, trasporti,

dalle ore	alle ore	da	a	totale ore	costo orario	costo giornaliero
h	h			n.	€	€
totale km		aggiunta costo distanza/km €			costo autista €	
operatore/i				servizio		
costo totale del servizio euro ());		
i prezzi sono al netto di iva;						

	PROCEDURA		C01 All.01-Modulo richiesta Attivazione del Servizio SAD Ed.prima-Rev.01	
	Codice CLIENTE 01		Emissione:	16/11/19
	RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE - SAD		Pagina 4 di 5	

altri servizi

dalle ore	alle ore	e/o dalle ore	alle ore	totale ore	costo orario	costo giornaliero	
h	h	h	h	n.	€	€	
totale di n. giorni		costo totale di euro ());	
i prezzi sono al netto di iva;							

Assunzione della obbligazione di pagamento del costo del servizio SAD

Il sottoscritto _____ in nome e per conto del/la
Sig./Sig.ra _____ in qualità di _____

(indicare il rapporto di parentela, di convivenza, Amministratore di Sostegno, Tutore, Procuratore, etc.)

Previamente informato dalla Società Cooperativa in merito all'assenza di obbligazioni previste per legge e pienamente consapevole di ciò, con la presente sottoscrizione dichiara di volersi obbligare, come in effetti con la predetta sottoscrizione si obbliga in via solidale con l'Utente del servizio di assistenza domiciliare SAD, al pagamento delle prestazioni (giornaliere, settimanali o mensili, come più sopra concordate) e al pagamento di eventuali costi supplementari per servizi assistenziali particolari richiesti dall'Utente e allo stesso resi (ad esempio ore supplementari, servizi ospedalieri, servizi notturni, servizi erogati nei giorni festivi), il tutto come da pattuizioni contenute nella presente domanda di attivazione del Servizio SAD e nei documenti "Termini e condizioni del Servizio di Assistenza Domiciliare", "Piano di Assistenza" e nel "Contratto di Assistenza Domiciliare – SAD", tutti da me letti, concordati e sottoscritti.

Nuraminis _____

Firma per accettazione

Il sottoscritto _____ in proprio ovvero nome e per conto del/la
Sig./Sig.ra _____ in qualità di _____ (indicare se


soggetto diverso dall'Utente e nel qual caso indicare altresì il rapporto di parentela, ovvero se convivente, Amministratore di Sostegno, Tutore etc.)

SI OBBLIGA

- A comunicare tempestivamente alla Direzione della Lucrezia Società Cooperativa eventuali variazioni di residenza e/o della terapia dell'Utente o altre notizie inerenti il suo stato di salute, notizie, informazioni, suggerimenti, reclami riguardanti il Servizio SAD;

PRENDE ATTO

Dello stato di salute dell'Utente e delle specifiche indicazioni del medico curante relative alla terapia di cui abbisogna e/o delle manovre di primo soccorso da attuare in caso di necessità e che l'Operatore che renderà le concordate prestazioni non potrà in nessun caso sostituirsi all'eventuale intervento, ove necessario, di un medico, in quanto privo delle relative competenze e titolo. In caso di emergenza l'Operatore provvederà a contattare il 118 e resterà insieme all'Utente fino all'arrivo dei soccorsi.

	PROCEDURA	C01 All.01-Modulo richiesta Attivazione del Servizio SAD Ed.prima-Rev.01	
	Codice CLIENTE 01	Emissione:	16/11/19
	RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE - SAD	Pagina 5 di 5	

AUTORIZZA

Gli Operatori della Lucrezia Soc. Coop. Soc.le Onlus all'assistenza e al monitoraggio per la corretta assunzione dei farmaci secondo prescrizione medica, e a manovre di primo soccorso, ove necessarie, sempre secondo le indicazioni del medico, e a rivolgersi al locale presidio di Pronto Soccorso richiedendo l'intervento dell'ambulanza (il cui costo è a carico del Cliente/UTENTE). A Tal fine:

CHIEDE E INDICA

Per le ipotesi di necessità che vengano avvisate le seguenti persone, indicando i relativi nominativi e numeri di telefono:

Nome _____ (_____) Tel. _____ Cell. _____

Nome _____ (_____) Tel. _____ Cell. _____

Nome _____ (_____) Tel. _____ Cell. _____

Allega alla presente domanda:

- Relazione Medico Curante/Scheda Sanitaria attestante la parziale o totale autosufficienza, la non autosufficienza; lo stato di salute del Cliente, l'idoneità al Servizio SAD; Documentazione medica dell'Utente; Cartella Assistenziale Sad del Cliente; Informativa sulla Privacy, Regolamento UE 2016/679; Fotocopia Documento d'identità e tessera sanitaria validi dell'Utente e se diverso del Richiedente l'attivazione del Servizio SAD (Cliente);

Nuraminis _____

Il Cliente/Utente per accettazione e consegna di una copia

Firma _____

In ipotesi di Utente minore di età, ovvero soggetto affetto da grave disabilità fisica e/o psichica

Il/La sottoscritto/a _____ In nome e per conto del/la Sig./Sig.ra

_____ nella sua qualità di _____

(indicare il rapporto di parentela/tutela/amministratore di sostegno/procuratore/altro)

L'Utente, ovvero il Cliente in nome e per conto dell'Utente
per accettazione del contenuto e per consegna a mani di una copia del presente regolamento

Firma _____

Per la Lucrezia Soc. Coop. Soc.le Onlus

Il legale Rappresentante _____

Documento di Riconoscimento (di cui si allega copia)

Il ricevente: _____

Vi informiamo che il trattamento dei Vostri dati è da noi eseguito nel rispetto del Reg. UE n.679/2016 sulla Privacy.

Lucrezia Società Cooperativa Sociale Onlus - Piazza San Pietro n. 20 - 09024 Nuraminis (Ca) – Sede Legale Via Iglesias, 3 – 09023 Monastir (Ca)
Tel. e Fax 0709143043 www.casalucrezia.it – info@casalucrezia.it – lucreziaonlus@pec.it