

**Al Presidente del
Distretto Socio-Sanitario D/29
di Mistretta
per il tramite del Comune di**

OGGETTO: Richiesta del Servizio di Aiuto alla Persona ex L 104/92 “ Per Mano”.

__l__ sottoscritt__ nat__ a__

Il _____ e residente a _____ in Via

_____ n _____ (recapito telefonico n _____

cell. _____),

CHIEDE

L' assistenza per se stesso o per il proprio familiare _____, che si trova nelle condizioni previste dalla legge per fruire del Servizio di Aiuto alla Persona ex L 104 /92 “ Per Mano” articolato nelle seguenti prestazioni:

- Consulenze specialistiche;
- Aiuto per l'igiene la e la cura della persona lavarsi, vestirsi , mangiare, uscire;
- Accompagnamento presso i luoghi di ritrovo, gli ambulatori medici, i negozi, gli esercizi per la cura personale, le feste, le manifestazioni culturali, ecc...;
- Sostegno Psico – sociale;
- Passeggiate ed escursione.

A tal fine allega :

- attestazione dell'indicatore della situazione economica (I.S.E. – I.S.E.E.), ai sensi del D.C.P.M. 18 maggio 2001 ed eventuali s. m. i.;
- Copia del Verbale di commissione L 104/92 e/o verbale della commissione Invalidi Civili attestante l'invalidità del 100% con Indennità di Accompagnamento .
- altri documenti utili atti a comprovare particolari condizioni di bisogno;
- fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità .

Mistretta lì _____

Con Osservanza
