

Nome e Cognome persona assistita:

INFORMAZIONI SULLA TIPOLOGIA DI ASSISTENZA

N.	DESCRIZIONE VOCI	Opzione
1	Presenza di assistente domiciliare (badante)	<input type="checkbox"/>
2	Assistenza infermieristica privata	<input type="checkbox"/>
3	Assistenza domiciliare servita da casa di riposo	<input type="checkbox"/>
4	Assistenza presso Centro Diurno _____	<input type="checkbox"/>
5	Altro _____	<input type="checkbox"/>

INFORMAZIONI SUI COSTI SOSTENUTI (valori annui)

N.	DESCRIZIONE VOCI	IMPORTI
1	COSTO ANNUALE ASSISTENZA (in caso di più voci, indicare l'importo di ciascuna) ¹ : _____ _____	_____ _____
2	SPESE DI CONDUZIONE DELLA CASA E SPESE PERSONALI ²	€ 6.720,00
	COSTO TOTALE ANNUALE	

COPERTURA SPESE e RICHIESTA ALLA CSD

1	CONTRIBUTO ANNUO ALLA SPESA DA PARTE DELL'ANZIANO	
2	INTEGRAZIONE ANNUA CORRISPOSTA DALLA FAMIGLIA	
3	INTEGRAZIONE ANNUA CORRISPOSTA DA ALTRE PERSONE NON FAMILIARI	
4	INTEGRAZIONE ANNUA CORRISPOSTA DALL'ENTE PUBBLICO (Comunità Montana, ASL, COMUNE, ecc.)	
5	DIFFERENZA RETTA ANNUA NON COPERTA DALL'ANZIANO DAI FAMILIARI, DA ENTI O DA TERZI	
6	AMMONTARE INTEGRATIVO ANNUO RICHIESTO ALLA CSD CON LA BORSA DI ASSISTENZA	

INFORMAZIONI SU EVENTUALE PENSIONE DI ACCOMPAGNAMENTO

1	L'ospite gode di una pensione di accompagnamento	<input type="checkbox"/>
2	L'ospite ha fatto richiesta di una pensione di accompagnamento	<input type="checkbox"/>
3	L'ospite non gode di una pensione di accompagnamento e non ne ha fatto richiesta	<input type="checkbox"/>
4	L'ospite ha fatto richiesta di una pensione di accompagnamento ma è stata negata	<input type="checkbox"/>

In fede,

FIRMA RICHIEDENTE _____

¹ In caso di assistenza domiciliare e/o infermieristica privata allegare adeguata documentazione attestante i costi sostenuti. Tale documentazione non è necessaria in caso di frequentazione di centri diurni o di assistenza domiciliare fornita da case di riposo.

² Cifra forfettaria non modificabile.

Al fine di poter comunicare agevolmente con un familiare, un tutore o una persona di fiducia di riferimento del richiedente al di fuori della struttura vi preghiamo di compilare la seguente griglia:

NOMINATIVO E RECAPITI DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO	
Cognome e nome	
Via e n. civico	
Cap, città, provincia	
N. di telefono	
Indirizzo e-mail	

RISERVATO ALLA CSD
PERVENUTO IL