



Dipartimento Politiche Sociali
Direzione Benessere e Salute

RICHIESTA ASSISTENTE FAMILIARE

N° ID ANZIANO/ADULTO DISABILE _____

N° ID RICHIESTA _____

DATA _____

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ TELEFONO _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

REFERENTE _____

TELEFONO _____

MAIL _____

TIPOLOGIA RICHIEDENTE:

Se Stesso Familiare Volontario/Conoscente Tutore/Amm. Sostegno

NUMERO PERSONA DA ASSISTERE _____ Invalidità: SI NO

VIVE SOLO SI - NO FAMIGLIA COMPOSTA DA N° _____ PERSONE

RICHIESTA

- Municipio in cui è residente la persona da assistere _____
- Chiede di essere assistito da un Assistente Familiare donna uomo entrambi
- Giorni richiesti nella settimana: Lun Mar Mer Gio Ven Sab Dom
- Fascia oraria richiesta:

mattina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pomeriggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
notte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lungo Orario (per esempio 9/17)

CONVIVENZA SI NO

Può mettere a disposizione una stanza per l'assistente familiare si no

Descrizione intervento richiesto (Mansioni, Compiti):

- IGIENE E CURA DELLA PERSONA
- IGIENE DELLA CASA
- PREPARAZIONE PASTI
- SOMMINISTRAZIONE PASTI
- AIUTO SOMMINISTRAZIONI FARMACI
- ACCOMPAGNAMENTO
- VARIE

Condizioni dell'assistito (es. allettato, autosufficiente, è in grado di comprendere

- AUTONOMO
- PARZIALMENTE AUTONOMO
- NON AUTONOMO
- CON DISORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE

Note

.....
.....
.....

Operatore _____

Roma, _____

Firma richiedente

Firma Operatore
(nel caso di persona impossibilitata a recarsi c/o gli uffici)

Si invita il Richiedente a comunicare il nominativo dell'Assistente alla Persona selezionato/a.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 della D.Lgs n° 196/2003 unitamente a copia dell'articolo 7 del Decreto medesimo ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata legge nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

“ Registro Assistenti alla Persona” – V.le Manzoni, 16 – 00185 Roma – Tel. 06.67105342
registroassistentialapersona@comune.roma.it

MONITORAGGIO RICHIESTA*

Riferimento Id anziano n°:

Data Monitoraggio:

Operatore:

Nominativi forniti all'anziano:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Esito dei colloqui per ciascun nominativo

.....
.....
.....
.....

Osservazioni o note sulla famiglia (es. richieste particolari, difficoltà nella comunicazione..)

.....
.....
.....

Esito della richiesta:

- Andata a buon fine con l'assistente familiare _____
- Non andata a buon fine per mancato accordo
- Non andata a buon fine perché il servizio non è riuscito a rispondere alla richiesta
- Altro _____

*la compilazione di questa pagina è a cura dell'operatore.