

- Al Servizio Integrato per l'Accesso (SIA) -

**SEGNALAZIONE DI STATO DI BISOGNO**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

in qualità di (grado di parentela o altro\*) \_\_\_\_\_.

segnala la condizione di bisogno dell'anziano/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Descrizione sintetica del bisogno (servizio richiesto)** \_\_\_\_\_

Dichiara di aver compiuto una prima valutazione della situazione dell'anziano al fine di avviarlo, secondo il tipo di bisogno rilevato, alla rete dei servizi sociali ed, eventualmente, tramite l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), a quella dei servizi integrati socio-sanitari.

Allega:

- ricognizione socio - assistenziale
- richiesta del medico di famiglia attestante i bisogni di ordine sanitario
- documentazione del reddito dell'anziano (ISEE estrapolato dell'anziano)
- altra documentazione ritenuta utile
- eventuale copia del verbale di invalidità civile

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* La segnalazione può essere effettuata da chiunque venga a conoscenza del bisogno: parente, medico di base, assistente sociale, coordinatore struttura ecc.