

LETTERA FACSIMILE

PER RICHIEDERE L'ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI E L'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO DI CURA A FAVORE DEI FAMILIARI CHE ASSISTONO VOLONTARIAMENTE ANZIANI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI

Lettera predisposta dalla Fondazione promozione sociale - Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti

Via Artisti, 36 - 10124 Torino - tel. 011.812.44.69 - fax 011.812.25.95 - e-mail: info@fondazionepromozionesociale.it

Raccomandata A/R

Egr. Direttore Generale Asl.....

Via.....

Città.....

Raccomandata A/R

Assessore ai servizi sociali del Comune di.....

o Direttore Consorzio socio-assistenziale

Via.....

Città.....

e p.c.

(Lettere con affrancatura normale)

Assessore regionale alla sanità

Via.....

Città.....

“ “

Difensore civico regionale

Via.....

Città.....

“ “

Fondazione promozione sociale onlus

Via Artisti, 36

10124 Torino

Il/La sottoscritt..... residente in

Via..... a nome e per conto (oppure in qualità di tutore/amministratore di

sostegno) di..... nat... a..... il

....., residente in in possesso della certificazione di non

autosufficienza rilasciata dall'Unità valutativa geriatrica (Uvg) dell'Asl..... in data
prot..... con esito

ai sensi dell'art. 54 della legge 289/2002 **chiede** l'attivazione urgente delle cure domiciliari (prestazioni a domicilio di medicina generale e specialistica, prestazioni infermieristiche, riabilitative e di assistenza tutelare alla persona) [*per i pazienti residenti nella Regione Piemonte aggiungere quanto segue: regolamentate dalla Regione Piemonte con le Dgr 39/2009 e 56/2010*] e l'erogazione del contributo previsto indispensabile per poter assumere il personale necessario per coprire – compresa la presenza dell... scrivente – 24 ore su 24 l'assistenza per ...l... sopraindicat... malat... cronic... che vive da sol..., è totalmente non autosufficiente, e quindi con grave rischio della incolumità sua e degli altri in quanto molto sovente i suoi comportamenti sono imprevedibili e pericolosi.

Segnala che ...l... sottoscritt.... non sarà più in grado di far fronte alle spese sostenute finora in proprio per garantire l'assistenza 24 ore su 24 a partire dal giorno del mese di in quanto ha esaurito le sue disponibilità economiche, e quelle del paziente sono assolutamente insufficienti.

Ai sensi della legge 241/1990 ...l... sottoscritt..... chiede una risposta scritta e di conoscere il nome del responsabile incaricato dell'espletamento della presente istanza.

Il sottoscritto chiede altresì al Difensore civico di intervenire a tutela del malato affinché siano rispettati le sue esigenze ed i suoi diritti.

Si ringrazia e si inviano cordiali saluti.

Data,.....

Firma.....

Recapito tel.

Indirizzo.....

.....

.....