

**INFORMAZIONI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA PER L'INSERIMENTO IN STRUTTURA CONVENZIONATA RESIDENZIALE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI, CENTRO DIURNO ALZHEIMER CONVENZIONATO O PER INTERVENTI DOMICILIARI SOCIO SANITARI.**

### **REQUISITI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

- Età pari o superiore a 65 anni
- Residenza nei seguenti Comuni:

Ailoche, Alagna, Balmuccia, Boccioleto, Borgosesia, Breia, Campertogno, Caprile, Carcoforo, Cellio, Cervatto, Civiasco, Coggiola, Cravagliana, Crevacuore, Fobello, Gattinara, Ghislarengo, Grignasco, Guardabosone, Lenta, Lozzolo, Mollia, Pila, Piode, Portula, Postua, Prato Sesia, Pray, Quarona, Rassa, Rima S. Giuseppe, Rimasco, Rimella, Riva Valdobbia, Roasio, Romagnano Sesia, Rossa, Rovasenda, Sabbia, Scopa, Scopello, Serravalle Sesia, Sostegno, Valduggia, Varallo, Vocca,

### **COMPILAZIONE DOMANDA E DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE**

Il modulo della domanda deve essere **compilato in ogni sua parte, sottoscritto** ai sensi della normativa **vigente e corredato della seguente documentazione:**

1. **Fotocopia di un valido documento di identità dell'interessato e dell'eventuale sottoscrittore** (per documento d'identità si intende : Carta d'Identità, Patente, Passaporto).
2. **Fotocopia della Tessera Sanitaria Magnetica.**
3. **Originale della "Scheda Informativa Sanitaria" compilata e sottoscritta dal Medico Curante** (il modulo viene rilasciato con il modello della domanda).
4. **Modello ISEE 2015 per prestazioni di tipo socio sanitarie** (rilasciato, a titolo gratuito, da un sindacato o CAF abilitato) regolarmente sottoscritto.
5. **Modello OBIS M dell'INPS, se titolari di pensioni I.N.P.S. e/o indennità di accompagnamento.** (Nel modello è indicato l'importo mensile delle pensioni percepite nell'anno in corso)
6. **CUD, se titolare di pensione I.N.D.A.P. o altro.**
7. Se l'interessato è invalido civile o ha presentato la domanda per il riconoscimento di invalidità allegare la **fotocopia del verbale di invalidità o della domanda.**
8. Per le istanze presentate per l'inserimento presso il Centro Diurno Alzheimer dovrà essere allegata anche **documentazione medica attestante la patologia** (Morbo di Alzheimer o altra forma di demenza).

**VERRANNO ACCETTATE SOLO LE DOMANDE REGOLARMENTE COMPILATE E CORREDATE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.** In particolare, si raccomanda di indicare, nel riquadro relativo al recapito per le comunicazioni, il nominativo di una persona adeguatamente informata dell'intervento richiesto.

## PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

**La domanda**, compilata, sottoscritta e corredata della documentazione sopra indicata, **potrà essere consegnata presso lo Sportello Unico Socio Sanitario - Distretto della Valsesia in una delle seguenti sedi:**

Sede	Orario Assistenti Sociali	Ente Gestore dei Servizi Socio-Assi- stenziali
<b>Borgosesia</b> - Presidio Ospedaliero Santi Pietro e Paolo - Via A. F. Ilorini Mo n. 20 Piano zero percorso verde C - Ufficio n. 26 - Tel. 0163 426232	<b>Martedì 9.00-12.00</b> <b>Mercoledì 9.00-12.00</b>	Comunità' Montana Valsesia
<b>Coggiola</b> - Poliambulatorio Via Garibaldi n. 97 Tel. 015 78354	<b>Martedì 10.00-12.00</b>	
<b>Varallo</b> - Casa della Salute Via Prof. Calderini n. 2 Tel. 0163 568052	<b>Venerdì 9.30-11.30</b>	
<b>Gattinara</b> - Presidio Sanitario Polifunzionale Corso Vercelli, 159 Tel. 0163 822315	<b>Lunedì 14.00-15.30</b>	Consorzio C.A.S.A. Gattinara
	<b>Lunedì 9.00-12.30</b> <b>Venerdì 9.00-12.30</b>	

**Per ulteriori informazioni sulla compilazione della domanda e sulla procedura di valutazione si può contattare la Segreteria dell'U.V.G. che ha sede presso il Distretto della Valsesia in Località Agnona - Borgosesia (nuovo ospedale) - Tel. 0163 426715 - 426716.**

**Gli orari di segreteria sono da lunedì a venerdì, dalle ore 8.30 alle ore 12.30.**