



AMBITO TERRITORIALE DI LAMEZIA TERME

DISTRETTO DEL LAMETINO
UFFICIO ASSISTENZA INVALIDI
PROTESI ED INTERVENTI
RIABILITATIVI

MODELLO INFORMATIVO

A cura dell'URP

INFORMAZIONI E MODALITA' GENERALI DI RICHIESTA PROTESI ED AUSILI

INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI :

L'Azienda Sanitaria fornisce protesi ed ausili specifici, previsti dal "Nomenclatore Tariffario delle protesi" (es. carrozzine, letti ortopedici, materassi e cuscini antidecubito, pannoloni, cateteri, materiale per stomatizzati, protesi acustiche, protesi d'arto, calzature ortopediche ecc.)

Il materiale è fornito per interventi specifici di prevenzione, cura e riabilitazione di invalidità permanenti, pertanto la tipologia è strettamente correlata alla patologia o invalidità del richiedente.

UTENTI CHE HANNO DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

- CATEGORIA 1 : Invalidi civili con invalidità superiore a 1/3 (almeno 34%)
- CATEGORIA 2 : Invalidi di guerra o per servizio
- CATEGORIA 3 : Ciechi o sordomuti
- CATEGORIA 4 : Minori di 18 anni affetti da particolari patologie
- CATEGORIA 5 : Stomatizzati o persone che hanno subito un'amputazione
- CATEGORIA 6 : Persone non autosufficienti che abbiano già presentato domanda di invalidità ai fini accompagnamento

COME PROCEDERE PER OTTENERE AUSILI E PROTESI:

PREREQUISITO ALLA DOMANDA

La necessità di protesi deve essere certificata da un medico specialista di una struttura pubblica o dal medico di reparto se il richiedente è ricoverato in una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata. Qualora il paziente sia allettato si può richiedere visita domiciliare; recandosi presso il Distretto, Servizio Assistenza Domiciliare (tel. 0968 208440).

DOMANDA E DOCUMENTI

La domanda va scritta su modulo predisposto, da ritirare allo sportello URP e va presentata all'ufficio assistenza protesica allegando i seguenti documenti:

- ◆ **Prescrizione del medico specialista di struttura pubblica o del medico di reparto**
- ◆ **Per le persone di cui alla categoria 1:** verbale di riconoscimento (definitivo o provvisorio) di invalidità civile;
- ◆ **Per le persone di cui alla categoria 2 e 3:** verbale di riconoscimento di invalidità civile;
- ◆ **Per le persone di cui alla categoria 4:** riconoscimento di invalidità civile solo nel caso che il richiedente ne sia già in possesso;
- ◆ **Per le persone di cui alla categoria 5:** ricevuta della domanda di invalidità civile;
- ◆ **Per le persone di cui alla categoria 6:** ricevuta della domanda di invalidità civile con relativo certificato medico;

SEDE DELL'UFFICIO

Piazza Borelli - Lamezia Terme
I Piano - tel. 0968 208437

ORARIO DI APERTURA

da lunedì a mercoledì dalle ore 9.00 alle 11:15

SEDE E TELEFONO SPORTELLLO INFORMATIVO – URP, P.zza Borelli Piano terra, tel. 0968/208410

Prot. _____
Data _____

ALL' ASP CZ AMBITO LAMETINO

Nucleo Operativo Assistenza Protesi ed Ausili
88046 LAMEZIA TERME

DOMANDA RILASCIO AUTORIZZAZIONE

ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____
Nascita: Città _____ Data _____
Residenza: Città _____ Via _____ N° _____
Recapiti telefonici: _____

SOTTOSCRITTORE

Cognome _____ Nome _____
Nascita: Città _____ Data _____
Residenza: Città _____ Via _____ N° _____
Recapiti telefonici: _____
Rapporto con l'Assistito: _____

DICHIARAZIONI DI RESPONSABILITA'

Sotto la mia **personale responsabilità** dichiaro che:

- I dati anagrafici miei e dell'Assistito sopra scritti sono veritieri;
- L'Assistito E' esistente in vita e NON è ricoverato in Istituto;
- In caso di decesso dell'Assistito prima dell'emissione dell'autorizzazione, non procederò al suo ritiro dandone comunicazione all'ASL.

ALTRE DICHIARAZIONI

In merito alla richiesta dichiaro: _____ Dichiaro
inoltre di essere consapevole che ai fini dell'autorizzazione l'ASL può richiedere certificazione e/o documentazioni integrativa.
AUTORIZZO L'ASL al trattamento dei dati personali ai fini sanitari ed amministrativi connessi all'autorizzazione, ivi compresa la comunicazione a terzi se necessaria; nonchè per il loro inserimento nelle banche dati dell'ASL e la loro comunicazione alle Autorità superiori.

N.B.

Per i minori non è necessario allegare la documentazione di riconoscimento dello stato d'invalidità. L'ASL si riserva il diritto di richiedere certificazione specialistica integrativa ove lo ritenga necessario ai fini della verifica della sussistenza dello stato di bisogno.

L'OPERATORE

Data

FIRMA



RITIRO

DICHIARAZIONI DI RESPONSABILITÀ

Sotto la mia **personale responsabilità** dichiaro che:

- a) L'Assistito E' esistente in vita e NON è ricoverato in Istituto;
- B) L'ASL ha ottemperato all'obbligo di cui all'art. 4 punto 10 del D.M. 27 agosto 1999 n. 332, avendomi informato che l'Assistito, o chi per lui se impedito, deve sottoporre a collaudo presso il medico prescrittore le protesi e/o gli ausili tecnici entro 20 gg. dalla consegna.

Identificazione del sottoscrittore:

Documento _____ N° _____

Emesso il _____ da _____

L'OPERATORE

Data _____

FIRMA
