



Sosteniamo le famiglie  
che si prendono cura della  
persona colpita da Alzheimer

Con il patrocinio:



Partners:



## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO RESTO A CASA

**DA INVIARE VIA FAX AL N° 0733 33811  
O VIA E-MAIL: [restoacasa.ap@cooperativagea.org](mailto:restoacasa.ap@cooperativagea.org)**

In sede di valutazione della domanda per usufruire del Servizio di Assistenza domiciliare, ci si riserva la possibilità di richiedere informazioni aggiuntive utili a chiarire ulteriormente il quadro socio-sanitario del malato e della sua famiglia.

### A) DATI DEL RICHIEDENTE:

Nome e Cognome: .....

Data e Luogo di Nascita: .....

Indirizzo di Residenza: .....

Comune di Residenza: .....

Num.di Telefono: .....

E-mail: .....

Relazione con il paziente:  Coniuge  Figlio/a  Fratello/Sorella  Altro

Quante ore a settimana dedica al familiare/paziente? .....

Altri familiare oltre lei sono impegnati nell'assistenza?  sì  no

È attualmente occupato/a?  sì  no

Altro/note: .....

### B) DATI DEL FAMILIARE/PAZIENTE:

Nome e Cognome: .....

Data e Luogo di Nascita: .....

Indirizzo di Residenza: .....

Comune di Residenza: .....

Pag. 1 di 2



[www.restoacasa.cooperativagea.org](http://www.restoacasa.cooperativagea.org)

e-mail: [restoacasa.ap@cooperativagea.org](mailto:restoacasa.ap@cooperativagea.org)

**PUNTO DI ASCOLTO:** Sede operativa della Coop. Gea c/o Confartigianato  
Viale S. Vellei 16/B - Ascoli Piceno- Tel. 0736.336402- Cell. 331.8893810

**GEA COOP.SOCIALE A.R.L.**

CCIAA REA: Mc-182502 - Albo Coop. N°A222023

Via Ungaretti, 84 - Macerata - Tel. 0733.32827



Sosteniamo le famiglie  
che si prendono cura della  
persona colpita da Alzheimer

Con il patrocinio:



Partners:



**Comune  
di Ascoli Piceno**  
MEDAGLIA D'ORO AL VALOR  
MILITARE PER ATTIVITÀ PARTIGIANA



Distretto Sanitario  
Ascoli Piceno



Ascoli Piceno e Fermo



Associazione  
Nazionale Anziani  
e Pensionati



Servizi per la  
Formazione  
dal 1968

## B) DATI DEL FAMILIARE/PAZIENTE:

Num.di Telefono: .....

Con chi vive : .....

Invalidità : .....

Accompagno:  sì  no

N° figli: ..... Stato civile:  Celibe/Nubile  Sposato/a  Vedovo/a

Aiuto in casa:  Badante  Aiuto per le pulizie  Altro  Nessuno

Se si per quante ore: .....

## C) QUADRO CLINICO:

Anno della diagnosi di Alzheimer .....

Punteggio dell'ultimo MMSE ..... in data .....

Deficit sensoriali:  Difficoltà sensitive  Difficoltà acustiche  Altro

Mobilità:  Si sposta da solo/a  Si sposta assistito/a da una persona

Si sposta con l'utilizzo di ausili  Non si sposta

Attività della vita quotidiana:

Autonomo/a Parzialmente  Dipendente Completamente

Dipendente

Patologie concomitanti: .....

È propenso a monitorare le attività del paziente

tramite ausili tecnologici (disponibili per 3 famiglie)?  sì  no

Autorizzo, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei dati personali. Cooperativa Gea informa che i dati riportati saranno utilizzati esclusivamente ad uso interno.

Firma del richiedente

Pag.2 di 2



[www.restoacasa.cooperativagea.org](http://www.restoacasa.cooperativagea.org)

e-mail: [restoacasa.ap@cooperativagea.org](mailto:restoacasa.ap@cooperativagea.org)

**PUNTO DI ASCOLTO:** Sede operativa della Coop. Gea c/o Confartigianato  
Viale S. Vellei 16/B - Ascoli Piceno- Tel. 0736.336402- Cell. 331.8893810

**GEA COOP.SOCIALE A.R.L**

CCIAA REA: Mc-182502 - Albo Coop. N°A222023

Via Ungaretti, 84 - Macerata - Tel. 0733.32827