



PIANO DI ZONA DEI SERVIZI SOCIALI

AMBITO S07

Comune capofila Roccadaspide

- Ufficio di Piano -



Allegato all'Avviso pubblico per l'ammissione al servizio di Assistenza domiciliare socio-assistenziale per anziani non autosufficienti.

All'Ufficio di Piano
Ambito Territoriale Sociale S07

tramite il COMUNE DI _____

OGGETTO: ISTANZA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI NEI COMUNI DELL'AMBITO S07.

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

nato/a il ____/____/____ a _____ (Prov. _____)

residente a _____ (Prov. _____)

in via _____ n. _____,

Codice Fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____;

telefono _____ cellulare _____;

email _____

CHIEDE

di essere ammesso al Servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale per anziani non autosufficienti

in qualità di beneficiario

in qualità di _____ per il/la Sig./Sig.ra _____

(parte da compilare in caso di istanza richiesta da un familiare, convivente, tutore, amministratore o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere art. 4 DPR 445/2000):

nato/a il ____/____/____ a _____ (Prov. _____)

residente a _____ (Prov. _____)

in via _____ n. _____,

Codice Fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____;

telefono _____ cellulare _____;

email _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art. 75 e76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, sotto la propria responsabilità (condizione riferita al beneficiario della prestazione richiesta):

DICHIARA

1. Che le sue condizioni di salute sono:

- persona titolare di certificazione di invalidità al 100% ed eventuale indennità di accompagnamento;
- persona titolare di certificazione di invalidità;
- persona parzialmente non autosufficiente con limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane;
- persona in condizione di isolamento/emarginazione sociale.

2. Che le condizioni familiari del destinatario del beneficio richiesto sono le seguenti:

- persona che vive sola e priva di rete familiare;
- persona che vive sola, con familiari residenti fuori Comune;
- persona che vive sola, con familiari nel Comune di residenza;
- persona che vive con familiare impegnato in attività lavorativa;
- persona che vive con coabitante, con familiari fuori Comune di residenza;
- persona che vive con coabitante, con familiari nel Comune di residenza;
- persona coabitante con 2 o più figli/genitori, parenti o affini o assistente familiare.

3. Che ha un livello di supporto familiare/extrafamiliare così articolato:

- persona in un nucleo familiare costituito da (escluso il beneficiario, specificare nome e cognome, età, grado di parentela, attività lavorativa, disabilità fisica/psichica o invalidità e tempi, modi e tipologia del sostegno garantito):

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Attività lavorativa	Disabilità fisica/psichica o invalidità Si/No	Sostegno garantito	
					Tipologia	Tempi

- persona con figli non conviventi (*specificare nome e cognome, età, residenza, recapiti e attività lavorativa*):

Cognome e nome	Data di nascita	Comune di residenza	Recapito	Attività lavorativa	Sostegno garantito	
					Tipologia	Tempi

4. Che il destinatario del beneficio richiesto risulta:

- essere beneficiario di altri servizi erogati dal Comune o da altro Ente Pubblico
Indicare quale:

- di essere beneficiario di altro sostegno economico (ad es. Reddito di Cittadinanza, Pensione di Cittadinanza, sostegno economico comunale ecc.)
Indicare quale:
.....;
- Altro
.....

5. Che il valore ISEE del nucleo familiare, come da attestazione in corso di validità allegata alla presente domanda, è pari ad € _____;

DICHIARA altresì,

6. Che il destinatario del beneficio richiesto ha bisogno delle seguenti prestazioni di assistenza e sostegno domiciliare:

- aiuto nell'igiene personale;
- aiuto nella vestizione;
- aiuto nella preparazione ed assunzione dei pasti;
- aiuto nella mobilizzazione;
- aiuto nella deambulazione e nell'uso corretto di specifici ausili;
- aiuto nel governo e nella pulizia degli ambienti domestici;
- altro: _____

7. di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale anziani e di tutte le condizioni in esso contenute che con la firma apposta in calce alla presente istanza di ammissione si intendono espressamente accettate e di impegnarsi ad osservarle tutte senza riserva alcuna;

8. di aver preso visione del regolamento di compartecipazione al costo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari dell'Ambito S07;

9. di impegnarsi, qualora dovuto, al pagamento della quota di compartecipazione economica, secondo le modalità previste nell'Avviso pubblico in oggetto.

Si allega:

- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del Codice fiscale del richiedente;
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del Codice fiscale del beneficiario se diverso dal richiedente;
- attestazione I.S.E.E. socio sanitario in corso di validità;
- copia del verbale della Commissione di invalidità Civile ed eventuale indennità di accompagnamento e/o certificato d'invalidità e/o legge 104/92;
- documentazione attestante la temporanea o permanente perdita di autosufficienza;
- scheda del medico curante in alternativa al certificato d'invalidità e/o legge 104/92;
- autocertificazione dell'interessato o dei suoi familiari o di altri conviventi sull'impossibilità a garantire adeguatamente la cura del soggetto richiedente il servizio;

Il/La sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali rilasciati per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare in oggetto nel rispetto del Dlgs 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e secondo la normativa vigente.

(luogo)

(data)

Il Richiedente/Il beneficiario
