

ALLEGATO "A"

AL COMUNE DI

Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: ISTANZA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE LEGGE 328/00 - PIANO DI ZONA 2018/2019

Il/Lasottoscritto/a.....nato/a.....(.....)
il...../...../.....residente a.....in vian....., Codice
Fiscale.....Telefono.....
email.....in qualità di:

- ☐ Diretto interessato
- ☐ Familiare (descrivere il grado di parentela)
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Tutore
- ☐ Altro

CHIEDE

di essere ammesso/a al servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) del PDZ 2018/2019

Beneficiario del servizio:

☐ Anziano ☐ Persona con disabilità

☐ Per se stesso/a ☐ per il/la sig.ra _____

nato/a il|.....|..... residente in via
..... n. recapito telefonico C.F.
.....

consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di _____
- di usufruire attualmente di un altro servizio Socio-Assistenziale domiciliare:
 - ☐ SI (Specificare la tipologia di servizio) _____
 - ☐ NO
- che il reddito del nucleo familiare ISEE è di € _____
- che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone come di seguito indicato

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	GRADO DI PARENTELA

- che la **condizione familiare** del beneficiario è la seguente (*barrare la voce che interessa*):
 - ☐ convive con familiari in grado di assisterlo;
 - ☐ con figli residenti nel Comune;
 - ☐ con figli non residenti nel Comune;
 - ☐ vive da solo, privo di supporto familiare;
 - ☐ convive con familiari portatori di handicap senza ulteriore supporto.
- che presenta il seguente **stato di salute/invalidità**

- ☐ Persona con necessità di sostegno intensivo (art.3 - com.3 L. n. 104/92);
- ☐ Invalido con la seguente percentuale riconosciuta _____%;
- ☐ Persona con disabilità gravissima con patto di cura.

usufruisce di altri servizi domiciliari Si ☐ No ☐

se si indicare quale.....

ALLEGA:

- Certificazione medica attestante il grado di autonomia personale (Allegato "B");
- certificazione INPS attestante lo stato di invalidità - **solo per le persone con disabilità**;
- Certificazione ISEE riferito all'intero nucleo familiare in corso di validità;
- Copia del documento d'identità del richiedente e del beneficiario.

AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del Regolamento UE nr. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 "*Codice in materia di protezione dei dati personali*" e ss.mm.ii.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)

CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'AMMISSIONE ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI RESIDENTI NEI COMUNI DEL DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54

Si certifica che il /la sig./ra _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ via _____ n° _____
affetto/a dalle seguenti Patologie:

Da controllo medico effettuato in data _____ Si evince che:

- ☐ **E' AUTOSUFFICIENTE**
- ☐ **E' PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE**
- ☐ **NON E' AUTOSUFFICIENTE**

Si raccomanda di barrare una sola delle tre voci suindicate contrassegnando con una x l'apposita casella.

- Eventuale % di invalidità del paziente _____ %
- Il paziente usufruisce dell'indennità di accompagnamento: SI [] NO []
- Si rilascia su richiesta dell'interessato/a

(Luogo e data)

(Timbro Firma del medico)