

**RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI  
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)  
IN FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

*(Avviso pubblico n. 1 /2019)*

**Alla Responsabile  
dell'Ufficio di Piano  
Ambito Territoriale Sociale di Casarano**

\_\_I\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
 il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
 \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale  
 \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Medico di Medicina  
 Generale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per se stesso  
 per il proprio congiunto sig. \_\_\_\_\_ grado di parentela  
 \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
 a \_\_\_\_\_ Via  
 \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Medico di Medicina  
 Generale \_\_\_\_\_

**Di essere ammesso al Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) a favore di anziani non autosufficienti**, per le seguenti prestazioni (esclusivamente a favore del beneficiario):

- a) Aiuto domestico:
- aiuto domestico (pulizia della casa, rifacimento letto, riordino indumenti e biancheria);
  - aiuto nella preparazione dei pasti presso il domicilio dell'utente;
  - disbrigo pratiche, commissioni ed accompagnamento;
- b) Cura della persona:
- aiuto nell'attività diretta alla persona (igiene personale, aiuto per alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, assumere pasti ecc.)
  - aiuto nella deambulazione negli atti della vita quotidiana.
- c) Prestazioni socio-sanitarie e sociali finalizzate al mantenimento e/o recupero delle capacità psico-fisiche, cognitive e relazionali.

**DICHIARA**

*consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci,  
così come stabilito dagli art 75 e76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n°445*

sotto la propria responsabilità (*condizione riferita al beneficiario della prestazione richiesta*):

- che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di \_\_\_\_\_ (anni compiuti);
- che la composizione del nucleo familiare quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica è la seguente:

N°	Cognome e nome	Data di Nascita	Codice Fiscale	Grado Parentela	Attività Svolta

- che le condizioni familiari sono le seguenti:
  - persona che vive sola e senza figli
  - persona che vive sola e con figli fuori comune di residenza
  - persona con coniuge convivente e senza figli
  - persona con coniuge convivente e con figli fuori dal comune di residenza
  - persona che vive sola con figli nel comune di residenza
  - persona con coniuge convivente e con figli nel comune di residenza
  - persona coabitante con figli, parenti o affini o assistente privata
  
- Che il beneficiario risulta:
  - invalido civile al .....%;
  - titolare di indennità di accompagnamento;
  - titolare dello status di handicap ai sensi della Legge 104/92;
  - usufruire dell'assegno di cura;
  - usufruire di altri servizi erogati dal Comune o da altro Ente Pubblico (Indicare quale: .....);
  - usufruire di altro sostegno economico (Indicare quale: .....)
  - Altro \_\_\_\_\_
  
- **di impegnarsi, qualora dovuto, al pagamento della quota di compartecipazione economica, tramite versamento sul c.c.p. n.12063731 - intestato a Comune di Casarano Servizio Tesoreria con la seguente causale "Servizio A.D.I. anziani mese di....";**
  
- di aver preso visione e accettato quanto previsto dall'Avviso Pubblico n. 1/2019;**

#### ALLEGATI

- Verbali delle Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. n. 104/1992) oppure, in caso di richiesta di invalidità in corso, certificato medico rilasciato dal MMG attestante la non autosufficienza;
- Modello I.S.E.E. e Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.) in corso di validità (rif. D.P.C.M. n. 159/2013 in vigore dal 01/01/2015);
- Copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario.
- Altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni della persona necessitante il servizio.

#### AUTORIZZA

Ambito Sociale Territoriale di Casarano al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio, ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

**Il Richiedente/Il Beneficiario richiedente**

\_\_\_\_\_