

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.) E SOCIALE (S.A.D.)
IN FAVORE DI PERSONE DISABILI**
Avviso pubblico N. 2/2019

**All'Ufficio di Piano
Ambito Territoriale Sociale di Casarano**

**tramite il Segretariato Sociale
del Comune di _____**

Oggetto: Richiesta di accesso al Servizio.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____ in via _____
n. _____, C.F. _____,
telefono e cellulare _____, mail _____
Medico di Medicina Generale _____

CHIEDE

- per se stesso
- per il proprio congiunto sig. _____ grado di
parentela _____ nato a _____ il _____,
residente a _____ in Via _____ n° _____
C.F. _____ Tel _____
Cell. _____
Medico di Medicina Generale _____

P'ammissione al Servizio di:

- Assistenza Domiciliare Integrata (**ADI**),
(con l'integrazione di prestazioni sanitarie erogate dal Distretto Socio-Sanitario di Casarano).

A tal fine

DICHIARA

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):

- a) **Che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di _____ (anni compiuti);**

b) **Che le sue condizioni familiari sono le seguenti:**

- persona che vive sola e senza familiari conviventi
- persona che vive sola con familiari residenti fuori comune di residenza
- persona che vive sola e con familiari nel comune di residenza
- persona che vive con familiare
- persona che vive con coabitante e con familiari fuori comune di residenza
- persona che vive con coabitante e con familiari nel comune di residenza
- persona coabitante con 2 o più figli/genitori, parenti o affini

c) **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 o psichica e tempi, modi e tipologia del sostegno garantito):

cognome e nome	età	grado di parentela	Attività lavorativa	disabilità fisica o psichica*	sostegno garantito	
					tipologia	Tempi
				<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
				<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
				<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
				<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
				<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		

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

cognome e nome	età	Residenza	Recapito	Attività lavorativa	sostegno garantito	
					tipologia	Tempi

d) **Che le sue condizioni di Salute**

- soggetto portatore di handicap in situazione di gravità (art.3.co.3 L.104/92)
- soggetto portatore di handicap (art.3 L.104/92)
- soggetto invalido al 100% in attesa di riconoscimento di cui alla L.104/92

e) **Che il destinatario del beneficio richiesto risulta:**

- invalido civile al%;
- titolare di indennità di accompagnamento;
- 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 _____

f) **Che il destinatario del beneficio richiesto ha un grado di autonomia come di seguito dettagliato:****Alimentazione**

- provvede all'alimentazione in maniera autonoma
- provvede all'alimentazione in maniera non autonoma

Igiene personale

- provvede all'igiene personale in maniera autonoma
- provvede all'igiene personale con aiuto
- provvede all'igiene personale in maniera totalmente non autonoma

Mobilità

- sufficiente
- con aiuto
- su sedia
- con protesi
- nulla (persona allettata)

g) **Che il destinatario del beneficio richiesto fruisce di servizi domiciliari di natura socio-assistenziale:**

- Welfare Leggero
- Pasti a domicilio
- Telesoccorso e Teleassistenza
- Educativa domiciliare
- Integrazione scolastica
- Altro _____

h) **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 mobilitazione
 - aiuto nella deambulazione e nell'uso corretto di specifici ausili
 - aiuto nel governo e nella pulizia degli ambienti domestici
- _____

i) **Che il valore ISEE del nucleo familiare è pari ad Euro _____,00 ;**

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilite dal DPR n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Documenti allegati (relativi alla persona per la quale si richiede il Servizio di assistenza):

- 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);
- Certificazione attestante la disabilità L. 104/92 o stato di malattia o invalidità che comporti temporanea o permanente grave perdita dell'autosufficienza;
- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni del richiedente;
- Copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario.

AUTORIZZA

L'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.

Il Richiedente/Il Beneficiario

(luogo)

(data)
