Modulo 1

DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PINTEGRATA (A.D.I.) E SOCIALE (S.A.D.) IN FAVORE DI PERSONE DISABILI

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 _____,

C H I E D E

- ☐ per se stesso
- ☐ per il proprio congiunto sig._____ grado di parentela _____ nato a _____ il _____, residente a _____ in Via_____n°_ C.F._____Tel._____ Cell._____

l'ammissione al Servizio di:

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

A tal fine **D I C H I A R A**

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
- □ 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*
				□ si □ no		
				□ si □ no		
				□ si □ no		
				□ si □ no		
				□ si □ 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 mobilizzazione

□ 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)*

_____