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

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_____

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. _____
Medico di Medicina Generale_____

l'ammissione al Servizio di:

☐ 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);

Comune di Taurisano Prot. n. 0006324 del 28-03-2019 arrivo Cat. 7 Cl. 11
Comune di Casarano Prot. n. 0010516 del 28-03-2019 partenza Cat. 7 Cl. 8

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*
				□ 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

Comune di Taurisano Prot. n. 0006324 del 28-03-2019 arrivo Cat. 7 Cl. 11

Comune di Casarano Prot. n. 0010516 del 28-03-2019 partenza Cat. 7 Cl. 8

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** ;

Comune di Taurisano Prot. n. 0006324 del 28-03-2019 arrivo Cat. 7 Cl. 11

Comune di Casarano Prot. n. 00110516 del 28-03-2019 partenza Cat. 7 Cl. 8

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)*

_____

Comune di Taurisano Prot. n. 0006324 del 28-03-2019 arrivo Cat. 7 Cl. 11

Comune di Casarano Prot. n. 0010516 del 28-03-2019 partenza Cat. 7 Cl. 8