



Ambito Territoriale Sociale
di Gioia del Colle, Casamassima, Turi e Sammichele di Bari
Ufficio di Piano

UFFICIO SERVIZIO SOCIALI

COMUNE DI _____

DOMANDA DI ACCESSO

ALLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (___)

il _____, e residente in _____ alla via/piazza/vico

_____ n. _____, C.F. _____

tel. _____,

(eventualmente) in qualità di _____

di _____, nato/a a _____ (___)

il _____ e residente a _____ (___)

via _____ n. _____, C. F. _____

domiciliato presso _____

tel. _____, indirizzo mail _____

Medico di Medicina Generale (MMG) _____ Tel _____

CHIEDE

di accedere alle prestazioni del **Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)**.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

DICHIARA CHE

la composizione del nucleo familiare convivente col beneficiario delle prestazioni è la seguente:

N.	Cognome e nome	Grado di parentela	Data di nascita
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

CONDIZIONI DI SALUTE

il richiedente il servizio versa in una delle seguenti condizioni di salute:

- portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3 com.3 L 104/92- titolare di invalidità civile e indennità di accompagnamento);
- non autosufficiente (titolare di invalidità civile 75-100%) ;
- con parziale autonomia ;
- autosufficiente.

CONDIZIONI DI FRAGILITÀ/SOLITUDINE

il richiedente il servizio versa in una delle seguenti condizioni:

- persona sola senza rete familiare;
- persona con difficoltà nell'aiuto parentale;
- persona con familiari non residenti sul territorio;
- persona con congiunti abili residenti sul territorio.

SITUAZIONE ECONOMICA

il valore ISEE del nucleo familiare convivente, relativo all'anno _____ è pari a € _____

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza della tipologia delle prestazioni, delle modalità di accesso e di valutazione delle domande e delle condizioni di compartecipazione finanziaria, di cui al Disciplinare, approvato con Deliberazione del Coordinamento Istituzionale n. 76 del 06.03.2012, che tutte incondizionatamente accetta con la sottoscrizione della presente domanda.

SI IMPEGNA A

- sottoscrivere, previa sua condivisione, il Progetto Assistenziale Individuale (PAI) predisposto dal Servizio Sociale Professionale;
- corrispondere puntualmente, ove dovute, le quote di compartecipazione al costo del servizio, mediante versamento su apposito bollettino di c/c postale;
- comunicare per iscritto all' Assistente Sociale referente ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

ALLEGA

alla presente domanda:

- Ñ documento di identità in corso di validità;
- Ñ documentazione medica (MMG) da cui risulti la situazione sanitaria del richiedente;
- Ñ ogni altra documentazione ritenuta utile per una corretta valutazione dei bisogni dell'utente.

Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Firma dell'interessato o del familiare

(Cognome e nome) _____ **autorizza** il Servizio Sociale del Comune di _____ e l'Ufficio di Piano di Gioia del Colle al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in parola, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

(Data) _____

(Firma) _____