

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE
AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE E/O
AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
IN FAVORE DI PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE E PERSONE CON
DISABILITA' E LORO FAMIGLIE**

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

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

Oggetto: Richiesta di accesso al Servizio.

Il/La sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ (_____) il _____ / _____ / _____,

residente a _____ (_____) in via

_____ n. civico _____, domiciliato a

_____ in via _____ n. _____,

telefono e cellulare _____ / _____,

in qualità di _____ (indicare grado di parentela)

del/la sig./sig.a _____,

nato/a a _____ (_____) il _____ / _____ / _____,

residente a _____ (_____) in via

_____ n. civico _____, domiciliato a

_____ in via _____ n. _____,

telefono e cellulare _____ / _____

CHIEDE

l'ammissione al Servizio di:

Assistenza Domiciliare (SAD);

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

(con l'integrazione di prestazioni sanitarie erogate dal Distretto Socio-Sanitario di Nardò).

A tal fine **DICHIARA** che la persona richiedente il Servizio:

a) ha l'età di _____ (anni compiuti) **se anziano;**

b) ha l'età di _____ **se disabile;**

c) ha un grado di invalidità pari al 100%;

d) ha un grado di invalidità pari al 100% con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (accompagnamento);

e) 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)

f) Ha un livello di supporto familiare/extrafamiliare così articolato:

- o persona sola;
- o 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"/> si <input type="checkbox"/> no		
				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

**produrre idonea documentazione*

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

cognome e nome	età	Residenza	Recapito	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		

persona sostenuta da parenti/conoscenti/badanti (*specificare nome e cognome, età, grado di parentela, attività lavorativa, residenza e tempi, modi e tipologia del sostegno garantito*):

cognome e nome	età	grado di parentela o tipo di rapporto	Residenza – recapito telefonico	Attività lavorativa	sostegno garantito	
					tipologia	Tempi (frequenza giornaliera, settimanale, all'occorrenza)

h) fruisce di servizi domiciliari di natura socio-assistenziale:

- Educativa Familiare Territoriale in favore di persona con disagio psichico;
- Welfare Leggero
- Pasti a domicilio
- Telesoccorso e Teleassistenza
- Trasporto/accompagnamento effettuato da _____

con frequenza

altro

i) fruisce di servizi di natura socio-sanitaria

ADP (Assistenza Domiciliare Programmata) con prestazioni di _____ con frequenza

temporale _____

ADS (Assistenza Domiciliare Sanitaria) con prestazioni di _____ con frequenza

temporale _____

Riabilitazione (specificare la natura dell'intervento)

presso _____

altro _____

l) ha bisogno delle seguenti prestazioni di assistenza e sostegno domiciliare:

Counseling Psicologico

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

interventi complementari di Welfare Leggero

(specificare) _____

m) il valore ISEE del nucleo familiare è pari ad Euro _____,00,
(attestazione relativa ai redditi dell'anno 2012);

n) ha percepito redditi, esenti da IRPEF, nell'anno 2012, pari ad Euro _____, 00 derivanti da

pensione di invalidità civile: € _____,00 dal _____ / _____

indennità di accompagnamento €_____,00 dal_____/_____
 pensione di guerra €_____,00 dal_____/_____
 pensione estera €_____,00 dal_____/_____
 rendita INAIL €_____,00 dal_____/_____
 altro:_____ €_____,00 dal_____/_____

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.

La sig.ra / il sig. _____ autorizza il Servizio Sociale Professionale, dell'Ambito Territoriale Sociale di Nardò, al **trattamento dei dati** al fine di attivare il servizio richiesto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

(Data)_____

(Firma)_____

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

- Modulo di richiesta di Assistenza Domiciliare Integrata, a firma del medico curante
(solo in caso di richiesta di prestazioni sanitarie);
- Copia del verbale della Commissione di Invalidità Civile da cui si evinca il grado di invalidità e l'eventuale necessità di accompagnamento;
- Copia del verbale di riconoscimento della disabilità, ai sensi della L. 104/92;
- Dichiarazione Sostitutiva Unica e Attestazione ISEE relativa ai redditi dell'anno 2012;
- Copia del Documento d'Identità del dichiarante;
- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni della persona necessitante del Servizio

_____,
(luogo)

_____,
(data)

Firma