

*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