



Distretto Sociale RI/4
*Comuni di Borgorose, Pescorocchiano, Fiamignano,
Petrella Salto, Concerviano, Varco Sabino e Marcatelli*

Modulo di Richiesta Servizio
di Assistenza Domiciliare

ALL'UFFICIO DI PIANO
DISTRETTO SOCIOSANITARIO RI/4
c/o Comunità Montana Salto Cicolano
Via del Lago, 12 02025 Fiumata

Prot. N°.: _____

Comune di riferimento _____

MODULO RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (S.A.D.)

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritt* _____ nato/a a _____ (Prov. _____)
il _____ Codice Fiscale _____ Residente in
_____ CAP _____ Via _____ n°. _____
Domiciliato (se diverso dalla residenza) in _____ Via _____ n°. _____
Tel./Cell. _____

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il Sig./La Sig.ra _____ Codice Fiscale _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
Residente in _____ Cap. _____ Via _____ n. _____
Tel./Cell. _____

in qualità di:

- Caregiver;
- rappresentante legale del richiedente (specificare) _____;
- persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela) _____

CHIEDE

L'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.) istituito dalla Comunità Montana Salto Cicolano.

PER

il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a il _____ a _____
residente nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____
domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____ in
P.zza/Via _____ n. _____ Tel.
_____ Cell. _____ Mail _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

a) che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di _____ (anni compiuti);

b) che il nucleo familiare del destinatario del beneficio richiesto è così composto:

	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

c) che la condizione di non autosufficienza per la persona che vive sol* è la seguente:

- invalidità al 100% + accompagnamento
- invalidità al 100%
- invalidità dal 74% al 99%
- invalidità dal 66% al 73%

d) che la condizione di non autosufficienza per la persona, quale altro componente del nucleo familiare, è la seguente:

- invalidità al 100% + accompagnamento
- invalidità al 100%
- invalidità dal 74% al 99%
- invalidità dal 66% al 73%

e) che nel nucleo familiare è presente (escluso il destinatario del beneficio richiesto) un ulteriore componente che si trova nella seguente condizione di disabilità:

- componente del nucleo familiare con disabilità gravissima (100% + accompagnamento)
- componente del nucleo familiare con disabilità grave (100%)
- componente del nucleo familiare con disabilità media (dal 67% al 99%)

f) che il valore I.S.E.E. ordinario o ristretto in corso di validità, è pari ad € _____;

g) Medico di Medicina Generale del destinatario del beneficio richiesto:

Dr. _____ Tel. _____

Studio medico, Via _____ Città _____

Altro Medico di riferimento:

Cognome e Nome:

Struttura di appartenenza:

Tel./Cell.

E-Mail:

Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio richiesto, si impegna a compartecipare al costo del servizio stesso proporzionalmente al reddito ed alla relativa fascia di accesso nella misura e modalità disciplinate nel regolamento distrettuale del servizio di assistenza domiciliare della VII Comunità Montana Salto Cicolano, approvato con D.C. n° 7 del 15/03/2010 come aggiornato con D.C. n. 11 del 11.06.2019.

La tariffa oraria del servizio di assistenza domiciliare sarà stabilita in base al reddito riportato nella seguente tabella (D.G. n. 24/2019):

ISEE Nucleo Familiare	Quota oraria a carico degli utenti	Quota oraria a carico degli utenti in presenza del 2° operatore
Da € 0,00 ad € 8.154,00	€ 3,00	€ 1,00
Da € 8.154,01 ad € 10.000,00	€ 4,00	€ 1,50

Da € 10.000,01 ad € 12.000,00	€ 5,00	€ 2,00
Da € 12.000,01 ad € 14.000,00	€ 6,00	€ 2,50
Oltre € 14.000,01	€ 6,50	€ 3,00

ALLEGA alla presente:

- 1) Attestazione ISEE ORDINARIO del nucleo familiare in corso di validità, in caso di non presentazione verrà calcolata la tariffa massima;
- 2) Verbali Commissioni (Invalidità civile, indennità di accompagnamento o Sentenza del Tribunale attestante la disabilità riconosciuta) **del destinatario del beneficio richiesto**;
- 3) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità dell'assistito e del caregiver;
- 4) Certificato del MMG attestante il bisogno di assistenza domiciliare, nei casi di urgenza può essere presentato anche successivamente.

AUTORIZZA

il Servizio Sociale del Comune di _____ e il Servizio Sociale dell'Ambito Territoriale della VII Comunità Montana Salto Cicolano al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del combinato disposto di cui agli articoli 13 del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

(Luogo e data)

(Firma)