



*AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 26 – Comune Capofila San Giuseppe Vesuviano  
(Comuni di San Gennaro Vesuviano, Ottaviano, Striano, Palma Campania, Terzigno, Poggioreale).*

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE ANZIANI (SAD).**

**All'Ufficio di Piano  
dell'Ambito Territoriale N.26**

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**Nato/a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_

**In via/piazza/vico** \_\_\_\_\_

**CF:** \_\_\_\_\_ **Tel** \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- Richiedente del servizio;
- Familiare del richiedente il servizio;
- Tutore/amministratore di Sostegno del richiedente il servizio;

**del sig.** \_\_\_\_\_

**Nato/a** \_\_\_\_\_ **il Residente a** \_\_\_\_\_

**In via/piazza/vico** \_\_\_\_\_

**CF:** \_\_\_\_\_ **Tel** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO- ASSISTENZIALE (SAD)  
PER I CITTADINI ANZIANI**

**e nello specifico:**

- aiuto per l'igiene e la cura della persona;
- aiuto per la pulizia della casa;
- lavaggio e cambio della biancheria;
- preparazione dei pasti;
- aiuto nello svolgimento di pratiche amministrative e di accompagnamento presso uffici;
- sostegno per la fornitura o l'acquisto, su richiesta, di alimentari, indumenti, biancheria e di generi diversi nonché di strumenti o tecnologie per favorire l'autonomia;

- attività di accompagnamento presso familiari e vicini e presso luoghi di interesse culturale o sportivo, finalizzata a mantenere o ristabilire relazioni affettive e sociali;

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del Testo Unico emanato con DPR 28/12/2020 n. 445, consapevole del fatto che agli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità.

### **DICHIARA**

**Che il nucleo familiare del richiedente, come da scheda anagrafica, è così composta:**

Nome e Cognome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Residenza: Città- via – n. civico

**Che il richiedente si trova nelle seguente condizione di salute (barrare la casella interessata)**

- Anziano con invalidità al 100% con accompagnamento
- Anziano con invalidità al 100%
- Anziano con invalidità compresa tra il 67% e il 100%
- Anziano con invalidità inferiore al 67%

**Che il familiare si trova nelle seguente condizione familiare (barrare la casella interessata)**

- Anziano che vive da solo/a
- Anziano che vive con uno o più familiari/convivente/i in stato di non autosufficienza documentata o con problematiche sociali/sanitarie opportunamente certificate dagli Enti Territoriali competenti (ad. Es. UOSM SERD)
- Anziano che vive con familiari

**Che la fascia di reddito ISEE del richiedente è la seguente (barrare la casella interessata)**

- Da € 0,00 a € 6.000,00
- Da € 6.000,01 a € 12.000,00
- Da € 12.000,01 a € 18.000,00
- Da € 18.000,01 a € 24.000,00
- Da € 24.000,01 a € 31.879,50
- Oltre € 31.879,50

Che il richiedente (barrare la casella interessata):

non usufruisce di altri servizi

usufruisce di altri servizi:

(Specificare \_\_\_\_\_)

**Allega alla presente domanda:**

- Certificazione ISEE in corso di validità, del nucleo familiare del beneficiario;
- Certificazione ISEE nucleo ristretto, laddove previsto in corso di validità;
- Certificato di invalidità civile;
- Certificato di handicap ai sensi della Legge 104/92;
- Copia documento d'identità del richiedente in corso di validità, e copia documento d'identità di colui che presenta istanza, se diverso dal richiedente;
- Ulteriore documentazione ritenuta finalizzata alla corretta valutazione sanitaria e sociale  
(specificare)\_\_\_\_\_

*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.*

Data\_\_\_\_\_

Firma del beneficiario o del familiare/AdS/tutore

\_\_\_\_\_

*Informativa sulla privacy*

*Ai sensi del Codice sulla privacy, D.Lgs. n. 196/2003, e ss. mm. ii., si informano i richiedenti il servizio che i dati personali forniti sono raccolti esclusivamente per la procedura di cui al presente avviso.*

Data\_\_\_\_\_

Firma del beneficiario o del familiare/AdS/ tutore

\_\_\_\_\_