



*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 DISABILI.

**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 DISABILI**

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)

- Persona con handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 L. 104/92)
- Persone con handicap (art. 3 L. 104/92)
- Persona invalida al 100%
- Persona con invalidità inferiore al 100%

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

- Disabile che vive da solo/a
- Disabile 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)
- Disabile 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/tutore

Informativa sulla privacy

Ai sensi del Codice sulla privacy, D.Lgs. n. 196/2003, e ss. m.m.ll., 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/tutore
