



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE ACRI
Comuni di
ACRI E SANTA SOFIA D'EPIRO
Provincia di Cosenza

Allegato B

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano

Ufficio di Piano - Servizi Socio-Assistenziali

- COMUNE DI ACRI**
 COMUNE DI S. SOFIA D'EPIRO

OGGETTO: Domanda per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare (SAD/CDI ex ADI) destinato a persone anziane non autosufficienti (età pari o superiore a 65 anni). Azioni di Rafforzamento Territoriale Fondo PAC 2 Riparto.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
() il ___ / ___ / _____ residente a _____ () in Via _____
_____ n. _____, Codice Fiscale _____
telefono _____ / _____

Chiede

- l'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)**
 l'accesso al Servizio di Cure Domiciliari Integrate (ex ADI)

per se stesso/a

per il/la Sig./ra _____ nato/a a _____ il
_____/_____/_____ residente in _____ (CS) Via/C.da _____
_____ n. _____ Recapito telefonico _____

Codice Fiscale | _____

Stato civile della persona per cui si richiede l'accesso al servizio (*barrare la casella interessata*)

celibe/nubile coniugato/a vedovo/a separato/a divorziato/a

che il nucleo familiare si compone di n. _____ persone ,
oppure che vive da solo/a Si No

Condizione di non autosufficienza (*barrare la casella interessata*)

lieve media alta

Accertamento della situazione di invalidità effettuato ai sensi della L.118/81 in data _____

Certificazione di handicap rilasciata ai sensi della legge 104/92 in data _____

Attualmente usufruisce :

Indennità di accompagnamento: **Si** **No**

Invalità: **Si** **No**

FNA disabilità gravissime **Si** **No**

Altre indennità **Si** **No**

Presenza di soggetto fruitore di permessi Legge 104/92 o di congedo parentale straordinario retribuito **Si** **No**

Altri servizi erogati dal Comune di appartenenza **Si** **No**

Se **SI**, indicare quali _____

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, che i dati sopra indicati sono veritieri e di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazione falsa.

Si allegano :

- Fotocopia del verbale rilasciato dalla Commissione Invalidi Civili (se in possesso)
- Fotocopia del verbale rilasciato dalla Commissione per il riconoscimento dell'handicap - legge 104/92 (se in possesso).
- In assenza di verbali di accertamento di invalidità e/o di disabilità, allegare certificato rilasciato dal medico curante attestante lo stato di salute della persona per cui si richiede il servizio di assistenza domiciliare;
- Eventuale altra documentazione ritenuta valida ai fini della valutazione dello stato di non autosufficienza per l'accesso al servizio.
- Copia del documento di identità del richiedente
- Copia del documento di identità del soggetto per il quale si chiede l'accesso al SAD
- Fotocopia attestazione ISEE completa della dichiarazione sostitutiva unica (DSU) in corso di validità
- Certificato del medico curante attestante la necessità di accesso al servizio di Cure Domiciliari Integrate qualora l'utente non sia già iscritto negli elenchi dell'ASP, in caso contrario allegare altra documentazione attestante l'iscrizione a suddetti elenchi.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)

CONSENSO INFORMATO

Si autorizza il Comune di Aciri (capofila) al trattamento dei dati rilasciati ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. , i quali verranno utilizzati nella fase di progettazione, erogazione e rendicontazione del servizio di assistenza domiciliare (SAD).

(Luogo e data)

(Firma leggibile)

ALLEGARE Copia del documento di identità del richiedente, in corso di validità.
Il servizio può prevedere la compartecipazione economica dell'utente.