

- Legge 8 novembre 2000, n. 328 -

(Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

AMBITO TERRITORIALE C10 - MONDRAGONE COMUNE CAPOFILA



Comune di Canello ed Arnone

Comune di Carinola

Comune di Castel Volturno

Comune di Falciano del M.

Comune di Mondragone

MODELLO A

DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE (S.A.D.) ANZIANI

Spett.le Ambito Territoriale C10

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

C.F. _____ Tel _____

Indirizzo mail _____

In qualità di:

Richiedente del servizio

Familiare del richiedente del servizio

Tutore/Amministratore di sostegno del servizio

Del Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

C.F. _____ Tel. _____

CHIEDE

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

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

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

NOME COGNOME	E	DATA NASCITA	DI	RAPPORTO DI PARENTELA	DI	RESIDENZA

2. Che il richiedente si trova nella seguente condizione di salute (barrare la casella interessata)

GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA	
Art. 3 co.3 e/o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento	

Art. 3 co.1 + invalidità al 100% con indennità di accompagnamento O Invalidità civile dal 67 al 99 %	
Art. 3 co.3 + invalidità al 100% senza indennità di accompagnamento O Invalidità civile al 100% senza indennità di accompagnamento	
Art. 3 co.1 + invalidità al 100% senza indennità di Accompagnamento O Invalidità civile dal 67 al 100 % senza indennità di accompagnamento	

3.Che il richiedente si trova nella seguente condizione familiare (barrare la casella interessata):

CONTESTO FAMILIARE	
ANZIANO SOLO NON AUTOSUFFICIENTE PRIVO DI RETE FAMILIARE	
COPPIA DI ANZIANI ENTRAMBI NON AUTOSUFFICIENTI	
COPPIA DI ANZIANI DI CUI ALMENO UNO NON AUTOSUFFICIENTE O ANZIANA/O CON FAMILIARI DISABILI	
NON IN GRADO DI PRESTARE ASSISTENZA	
COPPIA DI ANZIANI DI CUI UNO NON AUTOSUFFICIENTE E UNO PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE	
ANZIANO SOLO NON AUTOSUFFICIENTE CON FAMILIARI NON RESIDENTI IN CITTA'	
ANZIANO SOLO NON AUTOSUFFICIENTE CON FAMILIARI RESIDENTI IN CITTA'	
ANZIANO SOLO PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE (comprovato da attestazione del MMG)	

4.Età del richiedente:

ETA'	
Dal 76° anno compiuto in poi	
Dal 71° anno compiuto al 75° anno compiuto	

Dal 65° anno compiuto al 70° anno compiuto	
--	--

5. Che la fascia di reddito ISEE – Protocollo INPS _____ - del richiedente è la seguente (barrare la casella interessata):

REQUISITO	
ISEE fino ad € 9360,00*	
ISEE da € 9361,00 - € 12.000	
ISEE € 12.001 - € 15.000	
ISEE da € 15.001 a € 25.000	
ISEE superiore a € 35.000 (€ 35.000,01)**	

*valore aggiornato alle ultime normative in materia di inclusione socio-economica e socio-lavorativa-Fondo Povertà

** per gli utenti con reddito superiore a € 35.000 (€ 35.000,01) è prevista una quota di compartecipazione pari al 20% a valere sul costo orario del servizio.

6.Che il richiedente (barrare la casella interessata):

non usufruisce di altri servizi

usufruisce di altri servizi:

(Specificare _____)

LA NON AUTOSUFFICIENZA E LA PARZIALE AUTOSUFFICIENZA SENZA INVALIDITA' E/O DISABILITA' CERTIFICATA DEVE ESSERE ATTESTATA DAL PROPRIO MMG.

Allega alla presente domanda:

- Certificazione ISEE in corso di validità, del nucleo familiare del beneficiario ovvero protocollo INPS;
- Certificazione ISEE nucleo ristretto, laddove previsto in corso di validità ovvero protocollo INPS;
- Certificato di invalidità civile (se in possesso);
- Certificato di handicap ai sensi della Legge 104/92(se in possesso);
- Copia documento d'identità del richiedente in corso di validità, e copia documento d'identità di colui che presenta istanza, se diverso dal richiedente;
- Attestazione del proprio MMG (medico di base) che attesti la non autosufficienza o la

- parziale autosufficienza senza invalidità e/o disabilità certificata;
- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni della persona e del nucleo convivente con l'utente.

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
