

ALL.1

All'Ambito Territoriale n.1
Comune Capofila Vibo Valentia
P.zza Martiri D'Ungheria
89900 Vibo Valentia (VV)

protocollocomunevibo@pec.it.

OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ULTRASESSANTACINQUENNI - PAC PROGRAMMA NAZIONALE SERVIZI DI CURA ALL'INFANZIA E AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

_____ il ____ / ____ / ____ residente in _____

via _____ n. _____ CF: _____

Recapito telefonico _____ in qualità

di _____

CHIEDE

l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare (SAD)

l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

per se stesso/a per il/la sig.r/a :

_____ nato/a a _____

il ____ / ____ / ____ residente in _____

via _____ n. _____ CF: _____

Recapito telefonico _____

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 del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHARA

di essere residente nel comune di _____ afferente all'Ambito Territoriale n.1 comune capofila Vibo Valentia;

che il destinatario per cui si richiede l'ammissione al servizio:

- non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare o buoni spendibili per acquisire servizi di cura e assistenza erogati da enti pubblici;

- ha l'età di _____ anni (compiuti);

- il valore della certificazione ISEE relativa al nucleo familiare è di € _____;

- il nucleo familiare è composto da n. _____ persone, come di seguito indicato:

N.	Nome e Cognome	Luogo di nascita	Codice Fiscale	Parentela

- Che la condizione del destinatario del servizio è la seguente (*barrare la voce che interessa*):

- anziano che convive con familiari in grado di aiutarlo
- anziano con figli residenti nello stesso Comune
- anziano con figli non residenti nello stesso Comune
- anziano che vive da solo, privo di supporto familiare
- anziano che convive con familiari portatori di handicap e/o non autosufficienti e senza ulteriore ed idoneo supporto familiare convivente

ALLEGA alla presente:

1. Dichiarazione Sostitutiva Unica completa di certificazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
2. copia sottoscritta di un documento di identità in corso di validità e della Tessera Sanitaria di chi propone l'istanza;
3. copia sottoscritta di un documento di identità in corso di validità e della Tessera Sanitaria del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;
4. copia verbali attestanti lo stato di invalidità civile /handicap;
5. copia di eventuale altra documentazione/certificazione attestante la condizione di non autosufficienza o il possesso di ulteriori requisiti (*specificare*): _____

AUTORIZZAZIONE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare di cui al relativo Avviso Pubblico, ai sensi del Regolamento Europeo GDPR N. 679/2016 e del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii.

Luogo e data

Il Richiedente

(firma per esteso leggibile)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO PER LA VALUTAZIONE DELLA DOMANDA

Punteggio requisiti:

- | | |
|---|--------------|
| 1. Età | punti: _____ |
| 2. Situazione familiare | punti: _____ |
| 3. Situazione reddituale | punti: _____ |
| 4. Valutazione complessiva
dell'assistente sociale | punti: _____ |
| Totale | punti: _____ |

NOTE: _____
