

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N.1
COMUNI DI Cirò Marina- Carfizzi – Cirò – Casabona-Crucoli – Melissa-Pallagorio – San Nicola dell'Alto
–Strongoli –Umbriatico- Verzino

DOMANDA DI ACCESSO PER INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Al. Comune di

Il richiedente /beneficiario:

nato/a a _____ (Prov.) il _____

codice fiscale _____ residente in _____ cap. _____

via _____ n. domiciliato (se diverso dalla

residenza) in via _____ n. _____ tel./ cell. _____

In caso di impedimento anche temporaneo del beneficiario a sottoscrivere la presente (art. 4 DPR 445/2000)

Il/la sig./sig.ra _____ codice

fiscale: _____ residente in _____ cap. _____

via _____ n. _ tel./ cell. _____

In qualità di:

rappresentante legale del richiedente/beneficiario (specificare es. genitore, tutore, amministratore di sostegno, ecc.): _____

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela): _____

CHIEDE

L'ammissione al servizio di assistenza domiciliare per le **prestazioni socio assistenziali** di seguito contrassegnate:

- cura della persona (igiene personale, aiuto nella mobilitazione, prestazioni igienico sanitarie complementari all'attività sanitaria);
- aiuto domestico (governo e pulizia della casa e degli arredi, preparazione dei pasti, riordino indumenti e biancheria);
- supporto alla vita di relazione (accompagnamenti finalizzati al mantenimento della vita di relazione).*

A tal fine, ai sensi dell'artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28 .12.2000, n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

a) che il beneficiario risulta:

- invalido in attesa di riconoscimento come da allegata copia di richiesta inoltrata alla competente Commissione (numero Domus);
- invalido civile al _____ %;
- titolare di indennità di accompagnamento;
- persona in situazione in situazione di handicap ai sensi della L. 104/92;
- fruitore dell'assegno di cura/assistenza indiretta personalizzata;
 - beneficiario di altri servizi erogati dal Comune o da altro Ente pubblico/privato (indicare _____);
- usufruire di sostegno economico (indicare quale: _____).

b) che il beneficiario convive con le seguenti persone:

n.	Cognome e nome	Data di nascita	Relazione di parentela
1			
2			
3			
4			
5			

c) che il beneficiario risulta nelle seguenti condizioni di fragilità sociale:

- presenza nel nucleo familiare, oltre il beneficiario, di altro componente disabile, con riduzione della capacità di autonomia in misura non inferiore ai 2/3 (66%);
- persona sola priva di rete parentale, ai sensi dell'art. 433 del c.c. c.c. con presenza di care giver private (persona che si prende cura) regolarmente assunto;
- persona sola con rete parentale, ai sensi dell'art. 433 del c.c. residente in altro Comune extra Ambito;
- persona sola con rete parentale, ai sensi dell'art. 433 del c.c., residente nel Comune;
- persona nel nucleo familiare di altro componente adulto care giver.

d) che il valore ISEE del nucleo familiare del beneficiario riferito all'anno precedente a quello di presentazione della domanda ammonta ad € _____

e) che il reddito personale del beneficiario a qualsiasi titolo percepito riferito all'anno precedente a quello di presentazione della domanda ammonta ad € _____

Inoltre, qualora la presente richiesta sia valutata positivamente

SI IMPEGNA

- a sottoscrivere, previa sua condivisione, il progetto assistenziale individuale (PAI) predisposto a seguito di valutazione;
- a comunicare tempestivamente per iscritto, agli uffici competenti, ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

AUTORIZZA

Gli Uffici del Distretto Socio assistenziale n.1 deputati all'attivazione dei Servizi:

- al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 196/2003 "Codice in materia dei dati personali" e successive integrazioni;
- alla visita domiciliare dell'assistente sociale assegnato al caso, qualora necessaria al perfezionamento del procedimento istruttorio;
- alla rilevazione di tutti i dati necessari alla valutazione multidimensionale (SCHEDE DI VALUTAZIONE SOCIALE) da parte di tutti gli operatori ad ogni titolo coinvolti nell'esame della presente istanza.

ALLEGA:

- autocertificazione relativa alla composizione anagrafica del nucleo familiare dell'utente;
- attestazione ISEE e DSU in corso di validità del nucleo familiare dell'utente;
- autocertificazione resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000 relativa ai redditi, ad ogni titolo percepiti nell'anno fiscale precedente alla presentazione dell'istanza, dalla persona non autosufficiente, per la quale viene richiesto l'intervento (a titolo esemplificativo sono da considerarsi tali le indennità di accompagnamento, la pensione o l'assegno di invalidità civile, le rendite INAIL);
- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- eventuali verbali delle Commissioni Sanitarie (invalidità civile) oppure, per coloro che sono in attesa di riconoscimento, copia della ricevuta dell'avvenuto inoltro della richiesta;
- eventuale verbale relativo alla L. 104/92;
- idonea certificazione sanitaria, rilasciata da strutture del Servizio Sanitario Nazionale, attestante la presenza di grave patologia;
 - ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni dell'utente e del nucleo familiare convivente.

Luogo e Data

Firma

Consenso informato

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ Via _____

residente a

in qualita di (specificare) :

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 e
s.m. i. SI NO

Luogo e Data

Firma