

AMBITO TERRITORIALE DI GAGLIANO DEL CAPO

73034 P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – P.IVA 04896610757 - Tel. 0833-798329/Fax 0833-548575

e-mail: ufficiodipiano.gagliano@gmail.com

pec: ambitosociale.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

COMUNI DI: GAGLIANO DEL CAPO (Capofila) ACQUARICA, ALESSANO, CASTRIGNANO DEL CAPO, CORSANO, MIGGIANO, MONTESANO SALENTINO, MORCIANO DI LEUCA, PATU', PRESICCE, SALVE, SPECCHIA, TIGGIANO, TRICASE, UGENTO, A.S.L. LE -DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI GAGLIANO DEL CAPO

All'Ufficio di Piano di Zona dell'Ambito
Territoriale di GAGLIANO DEL CAPO
Tramite il Comune di

OGGETTO: RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE (S.A.D.) PER DISABILI

Il/La Richiedente _____ 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 rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc...) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Il Sig./La Sig.ra _____ Codice Fiscale _____
Residente in _____ Cap. _____ Via _____ n. _____
Tel./Cell. _____

in qualità di:

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

CHIEDE

L'ammissione al Servizio di Cure Domiciliari (S.A.D.) a favore di disabili.

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 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 destinatario del beneficio richiesto ha l'età di _____ (anni compiuti);

b) che il nucleo familiare del destinatario del beneficio richiesto è così composto:

	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
<u>1</u>			
<u>2</u>			
<u>3</u>			
<u>4</u>			
<u>5</u>			
<u>6</u>			
<u>7</u>			
<u>8</u>			
<u>9</u>			
<u>10</u>			

c) che la condizione della persona con disabilità che vive sola è la seguente:

- persona disabile con invalidità al 100%+accompagnamento
- persona disabile con invalidità al 100%
- persona disabile con invalidità dal 74% al 99%
- persona disabile con invalidità dal 66% al 73%

d) che la condizioni della persona con disabilità che vive con coniuge e/o altro componente del nucleo familiare è la seguente:

- persona disabile con invalidità al 100%+accompagnamento
- persona disabile con invalidità al 100%
- persona disabile con invalidità dal 74% al 99%
- persona disabile con invalidità dal 66% al 73%

e) che nel caso di MINORE di età la condizioni di disabilità è la seguente:

- minore disabile con accompagnamento
- minore disabile con indennità di frequenza

f) che nel nucleo familiare è presente (escluso il destinatario del beneficio richiesto) un ulteriore componente che si trova nella seguente condizione di disabilità:

- componente del nucleo familiare con disabilità gravissima (100%+accompagnamento)
- componente del nucleo familiare con disabilità grave (100%)
- componente del nucleo familiare con disabilità media (dal 67% al 99%)

g) che il valore I.S.E.E. ordinario o ristretto in corso di validità, è pari ad € _____;

h) Medico di Medicina Generale del destinatario del beneficio richiesto:**Dr.****Tel.**

Studio medico, Via

Città

Altro Medico Proponente:**Cognome e Nome:****Struttura di appartenenza:****Tel./Cell.****Fax**

Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio richiesto, si impegna a compartecipare al costo del servizio stesso proporzionalmente al reddito ed alla relativa fascia di accesso nella misura e modalità disciplinate dall'art.11 del "Disciplinare del Servizio di Assistenza Domiciliare", approvato dal Coordinamento Istituzionale nella seduta del 19.02.2014.

ALLEGA alla presente

- 1) Attestazione ISEE ORDINARIO del nucleo familiare o ISEE RISTRETTO in corso di validità;
- 2) Verbali Commissioni Sanitarie (Invalidità civile, o Sentenza del Tribunale attestante la disabilità riconosciuta) **del destinatario del beneficio richiesto** e se presente, di altro componente del nucleo familiare non autosufficiente;
- 3) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;

AUTORIZZA

il Servizio Sociale del Comune di _____ e il Servizio Sociale dell'Ambito Territoriale di Gagliano del Capo al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

(Luogo e data)_____
(Firma)