

(All. 1)

Al Distretto Socio Sanitario n. 55
C/O Ufficio di Servizio Sociale del
Comune di Alcamo
Comune di Castellammare del Golfo
Comune di Calatafimi-Segesta

OGGETTO: Istanza di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani (SAD) – Progetto
“Vicino agli anziani” del Piano di Zona 2019/2020, prima annualità

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
tel. _____ mail _____
codice fiscale _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

.....
CHIEDE

- Per sé stesso
- Per il proprio familiare/delegato (*indicare grado di parentela o tipologia di delega es. Amministratore di sostegno*)

(Inserire dati del beneficiario solo se diverso dal richiedente)

Cognome e nome _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via _____
tel. _____
codice fiscale _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare anziani per la realizzazione del progetto proposto dal Distretto Socio Sanitario n. 55. A tal fine

DICHIARA

che la persona per la quale è richiesta l'attivazione del servizio è in possesso dei seguenti requisiti:

- essere residente nel Comune di _____;
- non essere beneficiario dell'assegno di cura per disabilità gravissima ai sensi della Legge 1 Marzo 2017 N.° 4 Regione Sicilia e/o destinatario dell'indennità di accompagnamento erogata dall'INPS;
- non essere ricoverato presso strutture residenziali o semiresidenziali;
- essere beneficiario dei seguenti servizi e/o prestazioni:
 - Nessun servizio
 - Assistenza domiciliare integrata ASP
 - Assistenza domiciliare erogata con fondi comunali e/o riferite ad altre programmazioni distrettuali
 - Altri servizi simili di tipo domiciliare previsti da altri Enti, quali INPS, Regione: indicare la tipologia di servizio della quale si è beneficiari (es. Home Care Premium,...):

- che il nucleo familiare convivente è così composto (elencare i componenti del nucleo familiare, anche quelli conviventi di fatto):

NOME E COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Se l'anziano vive con altri familiari disabili, allegare certificazione di invalidità rilasciata dall'INPS territorialmente competente o riconoscimento ai sensi della legge 104/92 del familiare o convivente.

- di essere l'unico componente del nucleo familiare ad aver presentato l'istanza relativa al servizio in oggetto.

Ai fini di un'eventuale ammissione al servizio, si richiede l'erogazione delle seguenti prestazioni di tipo domiciliare (segnare con una x una o più voci):

- assistenza alla persona, intesa come aiuto nelle attività personali di vita quotidiana (igiene e cura della persona, aiuto preparazione e somministrazione pasti,...);**
- aiuto nella cura e nella gestione dell'ambiente domestico;**
- sostegno nell'accesso ai servizi e alle risorse territoriali e/o aiuto nel disbrigo pratiche, acquisto di generi alimentari, accompagnamento a visite mediche e presso presidi socio-sanitari.**

Allega alla presente:

- copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario;
- copia certificazione sanitaria attestante la condizione di parziale autosufficienza o di fragilità del soggetto (certificazione sanitaria a cura del medico di medicina generale attestante la condizione di parziale autosufficienza o a rischio di perdita dell'autosufficienza);
- copia modello ISEE in corso di validità all'atto di presentazione della domanda.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto di tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza, decadrà dal beneficio in oggetto.

Il Comune di residenza e il Comune di Alcamo (capofila) trattano i dati personali nel rispetto del Regolamento Europeo per la Protezione dei dati personali (UE) GDPR 2016/679, del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a interessato/a, con la firma apposta alla presente autorizza al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla richiesta.

Luogo, Data

IL RICHIEDENTE
