

**Al Punto Unitario di Accesso
del Distretto Nord
per il tramite del Comune di**

OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - (PAC Piano di interventi Servizi di Cura per gli Anziani. II° Riparto)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
(____) il ____ / ____ / _____ residente a _____ (___) in via _____
_____ n. _____, Codice Fiscale n. _____/
telefono _____/_____ cell. _____ in qualità di _____

- chiede l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)**
 chiede l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata socio-sanitaria(ADI/CDI)

per se stesso/a per il/la Sig./ra
_____ nato/a _____ il ____ | ____ | ____
residente in _____ alla Via _____ n. _____
Recapiti telefonici _____ cell. _____
Codice Fiscale |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

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 punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia**, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di essere residente nel Comune di _____, appartenente al Distretto socio assistenziale Nord di Caulonia;

che il destinatario per cui si chiede 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 reddito del nucleo familiare Ise è di €. _____
- il nucleo familiare è composto da n. _____ persone come indicato di seguito:

n.	Cognome e nome	Luogo e nascita	parentela	Note (capacità di prestare assistenza)

- che la condizione familiare del beneficiario è la seguente (*barrare la voce che interessa*):

- anziano che convive con familiari in grado di aiutarli
- anziano con figli residenti nel Comune
- anziano con figli non residenti nel 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

DICHIARA INOLTRE

di accettare e impegnarsi al pagamento della quota di compartecipazione al costo del servizio di assistenza domiciliare proporzionalmente al proprio reddito, in riferimento all'art. 14 bis del Regolamento.

ALLEGA alla presente

- 1) Dichiarazione sostitutiva unica completa di attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità rilasciato ai sensi del DPCM 159/13;
 - 2) Certificazione sanitaria del Medico di Medicina Generale attestante lo stato di salute e di non autosufficienza su apposito modello;
 - 3) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità di chi propone l'istanza;
 - 4) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;
 - 5) Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti
-
-
-

AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)

Spazio riservato per la valutazione della domanda

PUNTEGGIO REQUISITI:

- | | |
|--|-------------|
| 1. Situazione familiare | punti _____ |
| 2. Età | punti _____ |
| 3. Situazione reddituale | punti _____ |
| 4. Condizione socio-ambientale e familiare | punti _____ |
| totale punti _____ | |

Note _____
