

AMBITO TERRITORIALE CATANZARO

AREA POLITICHE SOCIO-SANITARIE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

**DOMANDA DI AMMISSIONE AI SERVIZI DI ASSISTENZA
DOMICILIARE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (ADI O SAD).**

Al Settore Servizi Sociali dell'Ambito
Territoriale di Catanzaro
Tramite il Comune di

OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov.() il ____|____|____

residente in _____ alla Via _____

n. _____ Recapiti telefonici _____ e _mail _____

Codice Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Chiede l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare ADI SAD

per se stesso/a per il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ prov.() il ____|____|____

residente in _____ alla Via _____

n. _____ Recapiti telefonici _____ e _mail _____

Codice Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Grado di parentela: marito/moglie genitore nonno/a figlio/a zio/a suocero/a
cognato/a altro (*specificare*) _____

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

che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (*barrare la casella interessata*)

Non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare o buoni spendibili per acquisire servizi di cura e assistenza erogati dal Servizio di Cure Domiciliari dell'ASP di Catanzaro o da altri Enti;

All. A

Usufruisce dei seguenti servizi di assistenza domiciliare di tipo socio-sanitario e/o socio- assistenziale _____

- che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio ha l'età di _____ anni (compiuti);
- che il nucleo familiare del destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n. _____ persone;
- che la condizione familiare del beneficiario è la seguente (*barrare la voce che interessa*):

- persona che vive sola
- persona che vive con coniuge e/o figli o altri familiari non autosufficienti
- persona che vive sola con figli residenti fuori Comune
- persona che vive sola con figli residenti nel Comune
- persona che vive con coniuge e/o figli o altri familiari autosufficienti

ALLEGA alla presente

- 1) Autocertificazione del nucleo familiare dell'utente. (Modello C allegato all'avviso pubblico)
- 2) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del richiedente;
- 3) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;
- 4) Dichiarazione sostitutiva unica DSU e attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità del nucleo familiare del soggetto potenziale fruitore, con riferimento ai redditi percepiti nell'anno 2017.
- 5) Certificazione sanitaria del Medico di Medicina Generale attestante la situazione sanitaria e di non autosufficienza;
- 6) Attestazione A.S.P. dalla quale si evince l'inserimento in A.D.I. (se assistito)
- 7) copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in caso di richiedenti extracomunitari
- 8) Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti

AUTORIZZA

il Comune di residenza ed il Comune di Catanzaro al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. . 101/18 del 10 Agosto 2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)