

Al Responsabile
dell’Ambito Territoriale di Locri
Comune Capofila Locri

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

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/ ADA)**
- ☐ **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 all’Ambito Territoriale di Locri – Comune Capofila Locri

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 ISEE è di €. _____
- il nucleo familiare è composto da n. _____ persone come indicato di seguito:

n.	Cognome e nome	Luogo e nascita	parentela	Codice fiscale

- 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

ALLEGA alla presente:

1. Dichiarazione Sostitutiva Unica, completa di attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
2. Copia sottoscritta di un documento di identità in corso di validità e Tessera Sanitaria di chi propone l'istanza;
3. Copia sottoscritta di un documento di identità in corso di validità e Tessera Sanitaria del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;
4. Copia di verbali attestante l'invalidità civile e/o la disabilità;
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 Regolamento EU nr. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)

Spazio riservato per la valutazione della domanda

PUNTEGGIO REQUISITI:

- | | |
|----------------------------|-------------|
| 1. Situazione reddituale | punti _____ |
| 2. Situazione familiare | punti _____ |
| 3. Età | punti _____ |
| 4. Valutazione complessiva | punti _____ |
| dell'Assistenza Sociale | |
| totale punti _____ | |

Note
