**DOMANDA PER L’AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) IN FAVORE DÌ PERSONE DISABILI E ANZIANE ULTRASESSANTACINQUENNI NON AUTOSUFFICIENTI**

 **Al Signor Sindaco**

 **del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **All’Ufficio di Piano**

 **dell’Ambito di Maglie**

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ ,

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_ ) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. civico \_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_ ), in via

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ , Codice Fiscale \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

n. telefono \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

□ per se stesso

□ per il tramite di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di poter usufruire del **Servizio di Assistenza Domiciliare sociale (SAD) per persone disabili e anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti**

A tal fine **DICHIARA** sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000), con riferimento alla persona beneficiaria della prestazione sociale, quanto segue:

- Percentuale di invalidità: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Valore ISEE del nucleo familiare convivente, in corso di validità, Euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,00;

**In caso di anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente** compilare la parte sottostante:

A) Composizione del nucleo familiare:

□ Anziano solo non autosufficiente

□ Anziano con 1 familiare

□ Anziano con 2 familiari

□ Anziano con 3 e/o più familiari

i componenti da considerare ai fini dell’attribuzione del punteggio devono essere maggiorenni ed autosufficienti

B) Presenza di figli non conviventi:

□ non ha figli o nessun figlio nello stesso Comune di residenza

□ n.1 figlio nello stesso Comune di residenza

□ più di 1 figlio nello stesso Comune di residenza

**In caso di disabile** compilare la parte sottostante:

A) Condizioni familiari:

□- persona disabile che vive sola

□- persona con coniuge entrambi disabili e senza figli o altri parenti conviventi

□- persona disabile che vive sola con figli residenti fuori comune

□- persona disabile con coniuge e senza figli

□- persona disabile con coniuge e con figli fuori comune

□- persona disabile che vive sola e con figli nel comune

□- persona disabile con coniuge e con figli nel comune

□- persona e/o coppia disabile coabitante con figli e/o parenti o affini

🢝 Situazione abitativa:

* Condizioni strutturali adeguate Si □ No □
* Servizi igienici adeguati Si □ No □
* Casa isolata Si □ No □
* Barriere architettoniche Si □ No □ Solo Esterne□ Interne□

🢝 Rete di cura e supporto:

* Nessuna rete di cura □
* Assistenza continua (l’utente ha intorno a sé assistenza continua di familiari o personale esterno) □
* Assistenza periodica (l’utente ha assistenza di familiari o personale esterno per periodi di tempo. Esempio: per alcune ore al giorno) □
* Assistenza occasionale (l’utente ha assistenza di familiari o personale esterno in alcune occasioni. Esempio: un giorno a settimana) □

DICHIARA

di essere a conoscenza di dover comunicare tempestivamente al Comune, per iscritto, ogni variazione relativa alla condizione di salute del beneficiario;

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilite dal DPR n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio richiesto, dichiara di essere a conoscenza che possono essere eseguiti dei controlli nei suoi confronti e del suo nucleo familiare diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, da confrontarsi con i dati del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

La sig.ra / il sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorizza** l’Ufficio di Piano al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di attivazione del servizio in parola, ai sensi del D. Lgs. 101/2018 e Reg. UE 676/2016

**Allega:**

* stato di famiglia del nucleo familiare interessato ovvero autocertificazione;
* verbali delle Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. n. 104/1992)
* certificato medico rilasciato dal MMG attestante la non autosufficienza (in caso di richiesta di invalidità già presentata e ancora in valutazione)
* certificato ISEE del nucleo familiare in corso di validità
* Altri documenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Data)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_