



AMBITO S04_1 - UFFICIO DI PIANO

Comune capofila di Battipaglia – Piazza Aldo Moro
Pec: pecprotocollo@cert.comune.battipaglia.sa.it – Telefono 0828-677111

ALLEGATO – Modello domanda SAD ANZIANI

Alla c.a. dei Servizi Sociali
del Comune di _____
Ambito Territoriale S04_1

Oggetto: richiesta di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale in favore di persone anziane.

(scrivere in maniera leggibile)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ () il _____
C.F. _____ residente a _____
indirizzo _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

- ❖ per sé
- ❖ per il proprio familiare (specificare il grado di parentela)

- ❖ in qualità di tutore giuridico della persona interessata o altro (specificare)

A favore di *(indicare il richiedente beneficiario – solo se diverso dal richiedente già generalizzato)*:

Nome Cognome _____
Nato/a a _____ il _____ età _____
Residente _____ indirizzo _____
C.F. _____ tel. _____

L'accesso al servizio di Assistenza Domiciliare Sociale Anziani

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, consapevole delle sanzioni penali prevista dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni ivi indicate,

DICHIARA

(Importante-barrare con una sola X la condizione interessata)

Che i dati e le informazioni relative alla persona interessata alla richiesta sono i seguenti:

1. Età

- Oltre 80 anni;
- Dal 76° anno compiuto al 80° compiuto;
- Dal 71° anno compiuto al 75° compiuto;
- Dal 65° anno compiuto al 70° compiuto.

2. Eventuale stato di limitata autonomia

- Disabile ai sensi della L. 104/1992 art. 3 c. 3 (come da certificazione da allegare alla presente);
- Disabile ai sensi della L. 104/1992 art. 3 c. 1 (come da certificazione da allegare alla presente);
- Persona con invalidità tra il 75% e il 100% (come da certificazione da allegare alla presente).

3. Valutazione nucleo familiare

- Anziano che vive solo;
- Anziano convivente con unico altro anziano ultrasessantacinquenne;
- Anziano che vive con familiari invalidi e/o problemi psichiatrici, di alcolismo, disoccupazione, e che presentano situazione di svantaggio;
- Anziano convivente con altri familiari maggiorenni.

DICHIARA, altresì:

- di rendersi disponibile alla valutazione da parte del servizio sociale territoriale competente, anche presso il proprio domicilio, e a fornire tutte le informazioni necessarie per la redazione del progetto personalizzato – P.A.I.;
- che il proprio valore ISEE ordinario in corso di validità è di € _____;
- di essere consapevole che l'eventuale accettazione del servizio è sostitutivo di ogni altra prestazione a carattere sociale, socio-assistenziale e socio-sanitaria dell'Ambito Territoriale/Comune e che non può e non potrà essere beneficiario di altra forma di aiuto socio-assistenziale e socio-sanitario, erogato anche da altri Enti, per tutto l'arco temporale di erogazione delle prestazioni SAD e che lo stesso si sospende, di norma, a far data dal ricovero presso struttura sanitaria, socio-sanitaria o assistenziale a carattere residenziale.

Il richiedente o delegato alla presentazione della richiesta, inoltre, s'impegna a comunicare tempestivamente al proprio Comune di residenza qualsiasi variazione alle informazioni e ai dati contenuti nella presente richiesta.

Il familiare/parente/delegato di riferimento, contattabile è:

Nome e Cognome_____

Tel._____Cell._____

e-mail_____

Allega alla presente:

- ❖ copia di un documento di riconoscimento dell'interessato in corso di validità;
- ❖ Attestazione ISEE del nucleo familiare ordinario dell'interessato in corso di validità al 31.12.2025;
- ❖ eventuale delega alla presentazione dell'istanza con copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato;
- ❖ copia del provvedimento di tutela/amministrazione di sostegno con copia del documento di riconoscimento della persona esercente tali funzioni, se necessario;
- ❖ eventuale certificazione attestante lo stato di disabilità dell'interessato ai sensi della L. 104/1992;
- ❖ eventuale certificazione attestante lo stato di invalidità civile dell'interessato.

Lì_____

In Fede_____

Il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) in materia di privacy, autorizza il Comune di residenza e l'UDP dell'Ambito Territoriale S04_1 al trattamento e all'elaborazione dei dati forniti per finalità statistiche e gestionale, anche mediante l'ausilio di procedure informatizzate, e al trasferimento dei dati personali ad altri Enti per gli adempimenti amministrativi e per la valutazione, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie.

Lì_____

In Fede_____