DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 1 – Comune Capofila Polistena

(Anoia – Candidoni – Cinquefrondi – Feroleto dalla Chiesa – Galatro – Giffone – Laureana di Borrello – Maropati – Melicucco – Polistena – San Giorgio Morgeto – San Pietro di Carità – Serrata)

DOMANDA AVVISO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE AD ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Al Comune di

_____

Il/la sottoscritto/a_____, nato/a a_____ il_____, residente a_____(RC), via_____n._____CAP_____, in qualità di:

☐ Richiedente quale beneficiario diretto

oppure

☐ _____ (specificare titolo in base al quale si chiede la prestazione in nome e per conto di altro soggetto)

CHIEDE

☐ di usufruire direttamente del seguente servizio:

oppure

☐ che il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a_____ il_____, residente a_____(RC), via_____n._____CAP_____ possa usufruire del seguente servizio:

☐ ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE INTEGRATA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE (ADI);

☐ ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE (SAD).

a tal fine

DICHIARA

☐ di essere in possesso dei seguenti requisiti (barrare la casella corrispondente):

oppure

☐ che il soggetto per il quale si richiede la prestazione è in possesso dei seguenti requisiti (barrare la casella corrispondente):

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.26525 DEL16-12-2016 in partenza

- cittadinanza italiana, (cittadinanza di altro Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di carta o di permesso di soggiorno);
- residenza nel Comune di _____, appartenente al Distretto socio-sanitario di Polistena;
- età superiore ai 65 anni;
- condizione caratterizzata da solitudine ed isolamento per assenza o carenza familiare;
- stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza: *(specificare se allettato)* _____;
- stati particolari di bisogno e di necessita: *(specificare)* _____;
- nucleo familiare composto come indicato nella seguente tabella:

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Attività (Eventuale)	Incapacità di prestare assistenza al congiunto per motivi di salute (specificare)

Età:

- ☐ Anni da 65 a 75;
- ☐ Anni da 76 ad 80;
- ☐ Anni da 81 a 85;
- ☐ Anni oltre 86.

Situazione familiare I:

- ☐ Anziano/a residente solo/a;
- ☐ Coppia anziana senza altri conviventi;
- ☐ Anziano/a con 1 familiare convivente;
- ☐ Anziano/a con 2 familiari conviventi;
- ☐ Anziano/a con 3 o più familiari conviventi;

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.26525 DEL16-12-2016 in partenza

Situazione familiare II:

- ☐ Anziano senza figli;
- ☐ Anziano con 1 figlio NON convivente;
- ☐ Anziani con 2 figli NON conviventi;
- ☐ Anziani con più di 2 figli NON conviventi.

Invalidità:

- ☐ Invalidità al 100%;
- ☐ Invalidità dal 75% al 99%;
- ☐ Invalidità dal 50% al 74%;
- ☐ Beneficiario/a legge 104/92;
- ☐ Invalidità al 100% con accompagnamento;

Situazione reddituale (per le prestazioni socioassistenziali e in SAD):

☐ Valore Isee: _____;

Si allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia dell'anziano, sia dell'eventuale familiare richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- Certificato del medico curante;
- Scheda sanitaria rilasciata dal medico curante;
- Scheda sociale, compilata a cura del richiedente;
- Eventuale copia del verbale della Commissione Invalidi Civili;
- Eventuale copia accertamento stato di handicap;
- Attestato ISEE completo della dichiarazione sostitutiva unica riportante la situazione economica dell'intero nucleo familiare **(per le prestazioni socioassistenziali e in SAD)**;
- Altro (specificare) _____.

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

☐ di avere preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei servizi di cura domiciliare per anziani non autosufficienti;
☐ di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne venga a conoscenza- ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonchè ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;
☐ di essere a conoscenza che la documentazione di coloro che beneficeranno del servizio verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni sottoscritte, è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria;

Dichiara, altresì:
di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.26525 DEL16-12-2016 in partenza

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 1 – Comune Capofila Polistena

(Anoia – Candidoni – Cinquefrondi – Feroleto dalla Chiesa – Galatro – Giffone – Laureana di Borrello – Maropati – Melicucco – Polistena – San Giorgio Morgeto – San Pietro di Carità – Serrata)

sotto la propria personale responsabilità ed ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole che ai sensi dell'articolo 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

_____ , li_____ Firma _____

Spazio riservato per la valutazione della domanda

1. **Età** **punti** _____
2. **Situazione familiare** **punti** _____
3. **Situazione sanitaria** **punti** _____
4. **Situazione reddituale** **punti** _____
   (solo in caso di richiesta di prestazioni in SAD)

_____

TOTALE PUNTI

Eventuali note

- _____
- _____
- _____
- _____

Polistena, lì _____

FIRMA DEL RESPONSABILE

_____

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.26525 DEL16-12-2016 in partenza