

AMBITO TERRITORIALE DEI COMUNI DI

ALTAMURA

GRAVINA IN PUGLIA

POGGIORSINI

SANTERAMO IN COLLE



PER LA GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI

DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE
E/O AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA IN FAVORE DI
PERSONA DIVERSABILI

Protocollo di Arrivo

UFFICIO DI PIANO DI ZONA
dell'Ambito Territoriale di Altamura
Piazza Municipio, n. 1- Altamura

Per il tramite della PUA del Comune di
CITTA' di ALTAMURA

Il/la sottoscrittò/a _____
nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ (Prov. _____)
e residente a _____ (Prov. _____) Tel. _____
alla Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

di poter usufruire del seguente servizio di Assistenza Domiciliare per DISABILI:

(barrare una sola voce tra le seguenti):

S.A.D. (Servizio di Assistenza Domiciliare)

A.D.I. (con l'integrazione di prestazioni sanitarie erogate dal Distretto Soc. San. di Altamura)

AMBITO TERRITORIALE DEI COMUNI DI

ALTAMURA



GRAVINA IN PUGLIA



POGGIORSINI



SANTERAMO IN COLLE



PER LA GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazione falsa, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 ed avendo preso visione di tutti i requisiti necessari per accedere al servizio

D I C H I A R A

- di presentare la seguente istanza per il tramite di: _____
- ha l'età di _____ (anni compiuti);
- ha un grado di invalidità pari al _____ %;
- ha un grado di autonomia come di seguito dettagliato:
 - parzialmente dipendente;*
 - necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (accompagnamento);*

che vive solo/a;

(allegare stato di famiglia)

- che convive con il proprio nucleo familiare composto dai seguenti componenti:
(compreso il/la sottoscritto/a, da inserire al n. 1)

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA
1			DICHIARANTE
2			
3			
4			

(allegare stato di famiglia)

- di fruire dei seguenti servizi domiciliare di natura socio assistenziali e sanitari:
(allegare documentazione)
 - SAD;
 - ADP (Assistenza Domiciliare Programmata);
 - ADS (Assistenza Domiciliare Sanitaria);
 - Riabilitazione;
 - Altro: _____

AMBITO TERRITORIALE DEI COMUNI DI

ALTAMURA



GRAVINA IN PUGLIA



POGGIORSINI



SANTERAMO IN COLLE



PER LA GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI

- che il valore ISEE del nucleo familiare è pari ad € _____;
(allegare ISEE)
- che ha percepito altri redditi, esenti da IRPEF, nell'anno, pari ad € _____, 00 derivanti da:
- pensione di invalidità civile: € _____, dal _____/_____/_____
 - indennità di accompagnamento € _____, dal _____/_____/_____
 - pensione di guerra € _____, dal _____/_____/_____
 - rendita INAIL € _____, dal _____/_____/_____
 - altro: _____ € _____, dal _____/_____/_____
- di essere a conoscenza di dover comunicare tempestivamente al Comune, per iscritto, ogni variazione relativa alla condizione di salute;
- che ha bisogno delle seguenti prestazioni di assistenza e sostegno domiciliare:

D I C H I A R A

inoltre di avere piena conoscenza di tutte le condizioni, le modalità, le prescrizioni e di ogni altro aspetto previsto nel Capitolato, e con la firma apposta in calce alla presente domanda espressamente accetta e si impegna ad osservarle tutte senza riserva alcuna.

Luogo e data _____

Firma

X _____

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. Giugno 2003, n.196, la informiamo che il trattamento dei dati personali forniti o comunque acquisiti è finalizzato a predisporre l'istruttoria per valutare la sussistenza dei requisiti d'accesso al servizio richiesto. Il conferimento dei dati è necessario ed indispensabile per l'istruttoria della pratica. I dati personali possono essere comunicati alla Guardia di Finanza e all'Autorità Giudiziaria

AMBITO TERRITORIALE DEI COMUNI DI

ALTAMURA

GRAVINA IN PUGLIA

POGGIORSINI

SANTERAMO IN COLLE



PER LA GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI

ALLEGATI (la documentazione deve essere allegata al momento della presentazione della domanda, pena l'inammissibilità della stessa):

Documentazione generale*		Modulo di domanda;
	X	Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità
		Stato di famiglia
Documentazione sanitaria*	X	Verbali di Commissioni Sanitarie (certificazione d'invalidità, certificazione relativa al possesso della Legge 104/92 ecc...)
	X	Certificato medico con specifica delle patologie che giustificano la richiesta di prestazione sanitaria e socio assistenziale del servizio
	X	Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni della persona necessitante del Servizio
Documentazione Fiscale	X	Dichiarazione sostitutiva unica (DSU) - ISE - ISEE in corso di validità
		CUD/UNICO relativo all'anno precedente la presentazione della domanda
		Buste paga, cedolini pensione, documentazione relativa ai redditi esenti
Altri documenti		

* da produrre a pena di inammissibilità

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO	
Istruttoria del: _____ a cura del dott. _____	
URGENZA:	<input type="checkbox"/> INDIFFERIBILE <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> DIFFERIBILE
Note: _____	
ESITO:	<input type="checkbox"/> NEGATIVO (Motivazione: _____) <input type="checkbox"/> POSITIVO dal _____ AL _____