

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI  
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE (S.A.D.)  
IN FAVORE DI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI**  
Avviso Pubblico n° 4/2022

**All'Ufficio di Piano  
Ambito Territoriale Sociale di Casarano**

**tramite il Segretariato Sociale  
del Comune di \_\_\_\_\_**

**Oggetto: Richiesta di accesso al Servizio.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ alla Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_,  
recapito telefonico \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- per se stesso
- per il proprio congiunto sig. \_\_\_\_\_ grado di  
parentela \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_

**l'ammissione al Servizio di:**

- Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) in favore di persone anziane non autosufficienti.

A tal fine

**DICHIARA**

*consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art 75 e76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, sotto la propria responsabilità (condizione riferita al beneficiario della prestazione richiesta):*

a) **Che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di \_\_\_\_\_ (anni compiuti);**

b) **Che le sue condizioni familiari sono le seguenti:**

- persona che vive sola e priva di rete familiare;
- persona che vive sola, con familiari residenti fuori Comune;
- persona che vive sola, con familiari nel Comune di residenza;
- persona che vive con familiare impegnato in attività lavorativa;
- persona che vive con coabitante, con familiari fuori Comune di residenza;
- persona che vive con coabitante, con familiari nel Comune di residenza;
- persona coabitante con 2 o più figli/genitori, parenti o affini o assistente familiare.

c) **Che ha un livello di supporto familiare/extrafamiliare così articolato:**

- persona in un nucleo familiare costituito da (escluso il beneficiario, specificare nome e cognome, età, grado di parentela, attività lavorativa, disabilità fisica/psichica o invalidità e tempi, modi e tipologia del sostegno garantito):

cognome e nome	età	grado di parentela	Attività lavorativa	disabilità fisica/psichica o invalidità	sostegno garantito	
					tipologia	Tempi
				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

- persona con figli non conviventi (specificare nome e cognome, età, residenza, recapiti e attività lavorativa):

cognome e nome	età	Residenza	Recapito	Attività lavorativa	sostegno garantito	
					tipologia	Tempi

d) **Che le sue condizioni di salute sono:**

- persona titolare di certificazione di invalidità al 100% ed eventuale indennità di accompagnamento;
- persona titolare di certificazione di invalidità;
- persona parzialmente non autosufficiente con limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane;
- persona in condizione di isolamento/emarginazione sociale.

e) **Che il destinatario del beneficio richiesto risulta:**

- usufruire dell'assegno di cura;
- usufruire di altri servizi erogati dal Comune o da altro Ente Pubblico (Indicare quale: .....);
- usufruire di altro sostegno economico (ad es. Reddito di Cittadinanza, Pensione di Cittadinanza, sostegno economico comunale ecc.. Indicare quale: .....);
- Altro \_\_\_\_\_.

f) **Che il destinatario del beneficio richiesto ha un grado di autonomia come di seguito dettagliato:***Alimentazione*

- provvede all'alimentazione in maniera autonoma
- provvede all'alimentazione in maniera non autonoma

*Igiene personale*

- provvede all'igiene personale in maniera autonoma
- provvede all'igiene personale con aiuto
- provvede all'igiene personale in maniera totalmente non autonoma

*Mobilità*

- sufficiente
- con aiuto
- su sedia
- con protesi
- nulla (persona allettata)

g) **Che il destinatario del beneficio richiesto fruisce di servizi domiciliari di natura socio-assistenziale:**

- Welfare Leggero
- Pasti a domicilio
- Telesoccorso e Teleassistenza
- Altro \_\_\_\_\_

h) **Che il destinatario del beneficio richiesto ha bisogno delle seguenti prestazioni di assistenza e sostegno domiciliare:**

- aiuto nell'igiene personale;
- aiuto nella vestizione;
- aiuto nella preparazione ed assunzione dei pasti;
- aiuto nella mobilizzazione;
- aiuto nella deambulazione e nell'uso corretto di specifici ausili;
- aiuto nel governo e nella pulizia degli ambienti domestici;
- altro: \_\_\_\_\_

i) **Che il valore ISEE del nucleo familiare è pari ad € \_\_\_\_\_;**

j) **Di impegnarsi, qualora dovuto, al pagamento della quota di compartecipazione economica**, tramite versamento sul c.c.p. n.12063731- intestato a comune di Casarano Servizio Tesoreria con la seguente causale” *Servizio SAD anziani mese di...*”

- di aver preso visione e accettato quanto previsto dall’Avviso Pubblico n. 4/2022

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

**Documenti allegati:**

- Modello I.S.E.E. e Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.) in corso di validità (rif. D.P.C.M. n. 159/2013 in vigore dal 01/01/2015);
- Documentazione attestante la temporanea o permanente perdita di autosufficienza;
- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni del richiedente;
- Copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario;
- Copia del Verbale della Commissione di Invalidità Civile ed eventuale Indennità di Accompagnamento.

**AUTORIZZA**

L’Ambito Territoriale Sociale di Casarano al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l’espletamento della procedura di attivazione del servizio, ai sensi dell’art. 10 del D. Lgs. 196/2003 “*Codice in materia di protezione dei dati personali*” e successive integrazioni.

**Il Richiedente/Il Beneficiario**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

\_\_\_\_\_