

SPAZIO RISERVATO AL PROTOCOLLO

Modulo A

AL SIGNOR SINDACO DEL
COMUNE DI _____

AMBITO PLUS
"SARRABUS - GERREI"

OGGETTO: Richiesta di ammissione al servizio di Assistenza Domiciliare (SAD).

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ residente in _____ via _____ n. _____
cap. _____ prov. _____ telefono n. _____ C.F. _____

- per sé medesimo
 per il proprio familiare / persona sottoposta a tutela

nome e cognome _____ nato/a _____ prov. _____ residente
in _____ via _____ n. _____ cap. _____ prov. _____
telefono n. _____ C.F. _____
relazione di parentela _____

CHIEDE

di poter beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare effettuato da questo Comune

Indicare le prestazioni ritenute necessarie

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Igiene della persona | <input type="checkbox"/> Igiene e cura degli spazi abitativi vitali |
| <input type="checkbox"/> Sostegno deambulatorio | <input type="checkbox"/> Rifacimento letto/cambio della biancheria |
| <input type="checkbox"/> Rilevazione parametri vitali | <input type="checkbox"/> Acquisto generi prima necessità |
| <input type="checkbox"/> Preparazione e somministrazione pasti | <input type="checkbox"/> Segretariato sociale e accesso rete servizi |
| <input type="checkbox"/> Interventi di socializzazione e di supporto relazionale | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Accompagnamento presso servizi sanitari | <input type="checkbox"/> Interventi utenti ospedalizzati |

Indicare giorni ed orari in cui si ritiene di aver necessità del servizio:

- lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì sabato domenica
-

AUTORIZZA

a tal fine la predisposizione del Programma di Intervento, previsto all'art. 8 del Regolamento per l'organizzazione e la gestione del Servizio di Assistenza Domiciliare PLUS "Sarrabus - Gerrei" e il coinvolgimento, nell'analisi e progettazione dell'intervento, dei servizi socio - sanitari territoriali (ASL, medico di medicina generale, ecc.)

SI IMPEGNA

- a fornire tutte le informazioni, gli elementi e la documentazione, essenziali e utili alla formulazione del proprio Programma di Intervento, all'articolazione del Servizio e alla partecipazione al suo costo;
- a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla composizione familiare, alle condizioni di reddito e al patrimonio.

Consapevole che, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici in caso di non veridicità delle dichiarazioni rese

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare è così composto:

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA	TELEFONO

che l'Indicatore della Situazione Economica relativo al proprio nucleo familiare, riferito all'anno _____, è pari a _____;

che le condizioni di salute dell'utente per il quale si richiede il servizio, affetto da _____ sono:

- È capace di muoversi in casa senza aiuto? _____;
- È capace di coricarsi e alzarsi autonomamente dal letto? _____;
- È capace di sedersi e alzarsi dal letto? _____;
- È capace di uscire da solo da casa? _____;
- È capace di scendere e salire le scale autonomamente? _____;
- È capace di nutrirsi? _____;
- È capace di vestirsi? _____;
- È capace di lavarsi? _____;
- È capace di prepararsi i pasti? _____;
- È capace di pulire la casa? _____;
- È capace di lavare la biancheria? _____;

di non aver percepito nell'anno _____ redditi esenti IRPEF;

che il proprio nucleo familiare ha percepito nell'anno _____ i seguenti redditi esenti IRPEF:

NATURA DEL REDDITO	EURO
Pensione di invalidità civile, cecità, sordomutismo	
Indennità di accompagnamento	
Pensione sociale o assegno sociale	
Rendita INAIL per invalidità permanente o morte	
Pensione di guerra o reversibilità di guerra	
Pensioni estere	
Provvidenze leggi regionali di settore (solo assegno mensile)	
Contributi economici erogati dal Comune	
Borse di studio	
Assegni di maternità e a favore di nuclei con tre figli minori	
Altre entrate a qualsiasi titolo percepite	

di possedere un'abitazione propria;

di non possedere un'abitazione propria e di pagare un canone mensile di € _____;

di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

di essere informato del fatto che, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo n. 196/03, i dati personali raccolti saranno trattati con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

ALLEGA

- dichiarazione sostitutiva riferita all'anno _____ ;
- copia di un documento d'identità in corso di validità;
- altro (specificare) _____

_____, li _____

FIRMA DEL
RICHIEDENTE O REFERENTE
