

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 3 – Comune Capofila Taurianova

(Comuni di: Cittanova, Cosoleto, Delianuova, Molochio, Oppido Mam.,
Santa Cristina d'Aspr., Scido, Taurianova, Terranova S. M., Varapodio)

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):

Ufficio di Piano

Piazza Libertà, 1 – 89029 Taurianova (RC) - Tel. 0966618025/33 – Fax 0966618056

mail servizisociali@comune.taurianova.rc.it – pec servizisociali.comune.taurianova@asmepec.it

www.comune.taurianova.rc.it sezione UdP

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 3 – Comune Capofila Taurianova

(Comuni di: Cittanova, Cosoleto, Delianuova, Molochio, Oppido Mam.,
Santa Cristina d'Aspr., Scido, Taurianova, Terranova S. M., Varapodio)

- 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 Taurianova;
- 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 necessità: (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;

Situazione familiare II:

Ufficio di Piano

Piazza Libertà, 1 – 89029 Taurianova (RC) - Tel. 0966618025/33 – Fax 0966618056

mail servizisociali@comune.taurianova.rc.it – pec servizisociali.comune.taurianova@asmepec.it

www.comune.taurianova.rc.it sezione UdP

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 3 – Comune Capofila Taurianova

(Comuni di: Cittanova, Cosoleto, Delianuova, Molochio, Oppido Mam.,
Santa Cristina d'Aspr., Scido, Taurianova, Terranova S. M., Varapodio)

- 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, nonché 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;

Ufficio di Piano

Piazza Libertà, 1 – 89029 Taurianova (RC) - Tel. 0966618025/33 – Fax 0966618056

mail servizisociali@comune.taurianova.rc.it – pec servizisociali.comune.taurianova@asmepec.it

www.comune.taurianova.rc.it sezione UdP

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 3 – Comune Capofila Taurianova

*(Comuni di: Cittanova, Cosoleto, Delianuova, Molochio, Oppido Mam.,
Santa Cristina d'Aspr., Scido, Taurianova, Terranova S. M., Varapodio)*

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.

Taurianova, li _____

Firma _____

Spazio riservato per la valutazione della domanda

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| 1. Et  | 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

- _____
- _____
- _____
- _____

Taurianova, li _____

FIRMA DEL RESPONSABILE

Ufficio di Piano

Piazza Libert , 1 – 89029 Taurianova (RC) - Tel. 0966618025/33 – Fax 0966618056

mail servizisociali@comune.taurianova.rc.it – pec servizisociali.comune.taurianova@asmepec.it

www.comune.taurianova.rc.it sezione UdP