



Consorzio per la realizzazione del sistema integrato
di welfare ambito-zona di Poggiardo

Andrano, Botrugno, Castro, Diso, Giuggianello, Minervino di Lecce, Nociglia, Ortelle, Poggiardo,
Sanarica, S.Cassiano, S. Cesarea Terme, Spongano, Surano, Uggiano la Chiesa

AL DIRETTORE DEL CONSORZIO
AMBITO di POGGIARDO
VIA DON MINZONI N° 6
73037 POGGIARDO (LE)

OGGETTO: Richiesta Ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.)

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a..... il.....
residente a in Via.....n°.....
Tel..... C.F.....

CHIEDE

per se stesso

per il coniuge.....

Nato/a.....il..... C.F.....

per il familiare.....nato/a..... il.....

residente a..... in Via.....n°.....

tel..... C.F.....

di essere ammesso al servizio di Assistenza Domiciliare, per le seguenti prestazioni:

a) aiuto domestico:

- pulizia e riassetto degli ambienti domestici, comprendente la pulizia ordinaria dei locali e degli arredi (pavimenti, vetri, servizi igienici, rifacimento letto)
- riordino di indumenti, lavaggio biancheria
- preparazione pasti presso il domicilio dell'utente
- approvvigionamento degli alimenti e dei generi di consumo necessari

b) cura della persona:

- aiuto nell'attività di assistenza diretta alla persona (igiene personale totale o parziale, aiuto per alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, assumere pasti ecc.)
- aiuto nella deambulazione e negli atti della vita quotidiana

c) supporto socio-relazionale:

- compagnia e ascolto
- sostegno e stimolo alla partecipazione ad attività di socializzazione anche attraverso il collegamento con associazioni di volontariato

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 DPR 28/12/2000, n° 445, consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di attestazione di dichiarazioni mendaci, giusti artt. 75 e 76 DPR 445/00, con riferimento alla persona beneficiaria della prestazione, quanto segue:

BARRARE LE CASELLE CHE RICORRONO:

di trovarsi nelle seguenti condizioni familiari:

- Anziano solo non autosufficiente
- con 1 familiare convivente
- con 2 familiari conviventi
- con 3 e/o più familiari conviventi
- nessun figlio nello stesso Comune di residenza
- n. 1 figlio nello stesso Comune di residenza
- più di 1 figlio nello stesso Comune di residenza

di trovarsi nella seguente fascia ISEE :

- Isee pari o inferiore a € 7.500,00
- Isee da € 7.501,00 a € 9.000,00
- Isee da € 9.001,00 a € 13.000,00
- Isee da € 13.001,00 a € 18.000,00
- Isee da € 18.001,00 a € 30.000,00

Redditi ad ogni titolo percepiti dalla persona non autosufficiente nell'anno fiscale 2013 (reddito lavoro; reddito pensione; reddito indennità; reddito Inail; rendita patrimonio; altri redditi):

- redditi tra 0 e 5.000,00 euro
- redditi tra 5.001,00 e 10.000,00 euro
- redditi tra 10.001,00 e 15.000,00 euro
- redditi tra 15.001,00 e 20.000,00 euro

DICHIARA ALTRESÌ

- che il nucleo familiare dell'anziano (intendendo per tale l'insieme delle persone che coabitano), è composto da:

Cognome	Nome	Data e luogo nascita	Codice Fiscale

- che il medico di base è il dott. _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che il Consorzio dell'Ambito - Zona di Poggiardo è in facoltà di disporre accertamenti per la verifica di quanto dichiarato con la presente.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 30.06.2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente domanda viene presentata e, in caso di instaurazione del rapporto di assistenza, per le finalità inerenti la gestione del rapporto medesimo.

_____ lì, _____

(Firma leggibile)

Documenti da allegare:

- Certificato di invalidità del soggetto beneficiario;
- fotocopia di idoneo documento di riconoscimento del soggetto beneficiario e del richiedente;
- Attestazione ISEE del nucleo familiare, in corso di validità;
- Autocertificazione redditi personali percepiti dall'anziano non autosufficiente, nell'anno fiscale 2013.
- Certificato di invalidità del familiare (ove esistente);