# DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO- ASSISTENZIALE ANZIANI (SAD).

All’Ufficio di Piano dell’Ambito Territoriale C07

# Il/La sottoscritta Nato/a il Residente a In via/piazza/vico CF: Tel In qualità di:

* Richiedente del servizio;
* Familiare del richiedente il servizio;
* Tutore/amministratore di Sostegno del richiedente il servizio;

# del sig. Nato/a il Residente a

**In via/piazza/vico CF: Tel**

# CHIEDE

**L’AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO- ASSISTENZIALE (SAD) PER I CITTADINI ANZIANI**

# e nello specifico:

* aiuto per l’igiene e la cura della persona;
* aiuto per la pulizia della casa;
* lavaggio e cambio della biancheria;
* preparazione dei pasti;
* aiuto nello svolgimento di pratiche amministrative e di accompagnamento presso uffici;
* sostegno per la fornitura o l’acquisto, su richiesta, di alimentari, indumenti, biancheria e di generi diversi nonché di strumenti o tecnologie per favorire l’autonomia;

o attività di accompagnamento presso familiari e vicini e presso luoghi di interesse culturale o sportivo, finalizzata a mantenere o ristabilire relazioni affettive e sociali;

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del Testo Unico emanato con DPR 28/12/2020 n. 445, consapevole del fatto che agli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità.

# DICHIARA

**Che il nucleo familiare del richiedente, come da scheda anagrafica, è così composta:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome** | **Data di nascita** | **Rapporto di parentela** | **Residenza: Città- via –****n. civico** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Che il richiedente si trova nelle seguente condizione di salute (barrare la casella interessata)

* Anziano con invalidità al 100% con accompagnamento
* Anziano con invalidità al 100%
* Anziano con invalidità compresa tra il 67% e il 100%
* Anziano con invalidità inferiore al 67%

# Che il familiare si trova nelle seguente condizione familiare (barrare la casella interessata)

* Anziano che vive da solo/a
* Anziano che vive con uno o più familiari/convivente/i in stato di non autosufficienza documentata o con problematiche sociali/sanitarie opportunamente certificate dagli Enti Territoriali competenti (ad. Es. UOSM SERD)
* Anziano che vive con familiari

# Che la fascia di reddito ISEE del richiedente è la seguente (barrare la casella interessata)

□ Da € 0,00 a € 12.451,09

□ Da € 12.451,10 a € 18.000,00

□ Da € 18.000,01 a €24.000,00

□ Da € 24.000,01 a € 33.851,40

□ Oltre € 33.851,40

Che il richiedente (barrare la casella interessata):

* non usufruisce di altri servizi
* usufruisce di altri servizi:

(Specificare )

# Allega alla presente domanda:

* + Certificazione **ISEE Ordinario** in corso di validità, del nucleo familiare del beneficiario;
	+ Certificato di invalidità civile;
	+ Certificato di handicap ai sensi della Legge 104/92;
	+ Copia documento d'identità del richiedente in corso di validità, e copia documento d'identità di colui che presenta istanza, se diverso dal richiedente;
	+ Ulteriore documentazione ritenuta finalizzata alla corretta valutazione sanitaria **e** sociale (specificare)

Si *ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28112/2000.*

Data Firma del beneficiario o del familiare/AdS/tutore

*Informativa sulla privacy*

*Ai sensi del Codice sulla privacy, D.Lgs. n. 196/2003, e ss. mm. ii.. si informano i richiedenti il servizio che i dati personali forniti sono raccolti esclusivamente per la procedura di cui al presente avviso.*

Data Firma del beneficiario o del familiare/AdS/ tutore