



“AMBITO TERRITORIALE N. 3 NARDÒ”

Nardò - Copertino - Galatone - Leverano - Porto Cesareo - Seclì

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)
E/O AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
IN FAVORE DI PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE E PERSONE CON
DISABILITA' E LORO FAMIGLIE.**

All'Ufficio di Piano

Ambito Territoriale n.3 di Nardò

tramite il Segretario Sociale – PUA

del Comune di _____

OGGETTO: RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il
____/____/____ residente a _____ (____) in via
_____ n.____, domiciliato a _____ in via
_____ n.____, telefono e cellulare _____ in qualità
di _____ (grado di parentela) del/la sig./ra _____, nato/a
a _____ (____) il ____/____/____, residente a _____ (____) in via
_____ n.____ telefono e cellulare _____.

CHIEDE

L'ammissione al servizio di:

- Assistenza Domiciliare (SAD)**
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** (con l'integrazione di prestazioni sanitarie erogate dal Distretto Socio Sanitario di Nardò).

A tal fine **DICHIARA** che la persona richiedente il servizio:

- a) ha l'età di _____ (anni compiuti) se anziano;
- b) ha l'età di _____ se disabile;
- c) ha un grado di invalidità pari al 100%;
- d) un grado di invalidità pari al 100% con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (accompagnamento);
- e) ha un grado di autonomia come di seguito dettagliato:

| | | | |
|-------------------------|------------|-----------|----------------|
| ALIMENTAZIONE | autonomo/a | con aiuto | non autonoma/o |
| IGIENE PERSONALE | autonomo/a | con aiuto | non autonomo/a |

| | | | | | |
|------------------|-------------|-----------|----------|-------------|---------------------------|
| MOBILITA' | Sufficiente | Con aiuto | Su sedia | Con protesi | Nulla (persona allettata) |
|------------------|-------------|-----------|----------|-------------|---------------------------|

ha un livello di supporto familiare/extrafamiliare così articolato:

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

| COGNOME E NOME | ETA' | GRADO DI PARENTELA | ATTIVITA' LAVORATIVA | DISABILITA' FISICA O PSICHICA | TIPOLOGIA DEL SOSTEGNO | TEMPISTICA DEL SOSTEGNO |
|----------------|------|--------------------|----------------------|--|------------------------|-------------------------|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | | |

- Persona con figli non conviventi (specificare nome e cognome, età, residenza, recapiti e attività lavorativa, modi e tipologia del sostegno) :

| COGNOME E NOME | ETA' | RESIDENZA/ RECAPITI | ATTIVITA' LAVORATIVA | DISABILITA' FISICA O PSICHICA | TIPOLOGIA DEL SOSTEGNO | TEMPISTICA DEL SOSTEGNO |
|----------------|------|---------------------|----------------------|--|------------------------|-------------------------|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | | |

- Persona sostenuta da parenti conoscenti, badanti (specificare nome e cognome, età, residenza, recapiti, attività lavorativa, modi e tipologia del sostegno)

| COGNOME E NOME | ETA' | RESIDENZA/ RECAPITI | ATTIVITA' LAVORATIVA | DISABILITA' FISICA O PSICHICA | TIPOLOGIA DEL SOSTEGNO | TEMPISTICA DEL SOSTEGNO |
|----------------|------|------------------------|-------------------------|--|------------------------------|-------------------------------|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | | |

f) fruisce di servizi domiciliari di natura socio-assistenziale:

- Educativa Familiare Territoriale in favore di persona con disagio psichico;
- Welfare leggero;
- Pasti a domicilio;
- Telesoccorso e Teleassistenza;
- Trasporto/accompagnamento effettuato da _____ con frequenza _____
- Altro _____

g) fruisce di servizi di natura socio-sanitaria

- ADP (Assistenza Domiciliare Programmata) con prestazioni di _____ con frequenza temporale _____;
- ADS (Assistenza Domiciliare Integrata) con prestazioni di _____ confrequenza temporale _____;
- Riabilitazione (Specificare la natura dell'intervento) _____ presso _____;
- Altro _____.

h) ha bisogno delle seguenti prestazioni di assistenza e sostegno domiciliare:

- Counseling Psicologico
- aiuto nell'igiene personale
- aiuto nella vestuizione
- aiuto nella preparazione dei pasti da assumere
- aiuto nella mobilitazione
- aiuto nella deambulazione e nell'uso corretto di specifici ausili
- aiuto nel governo e nella pulizia degli ambienti domestici

interventi complementari di Welfare leggero (specificare)_____.

I) il valore ISEE del nucleo familiare è pari ad €_____,00 (attestazione relativa ai redditi dell'anno 2019);

l) ha percepito redditi, esenti da IRPEF, nell'anno 2020, pari ad €_____,00 derivati da:

- pensione di invalidità civile: € _____,00 dal ___/___/_____;
- indennità di accompagnamento € _____,00 dal ___/___/_____;
- pensione di guerra € _____,00 dal ___/___/_____;
- pensione estera € _____,00 dal ___/___/_____;
- rendita INAIL € _____,00 dal ___/___/_____;
- altro: _____ € _____,00 dal ___/___/_____;

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.

La sig.ra/ Il sig. _____ autorizza il Servizio Sociale Professionale, dell'Ambito Territoriale Sociale n.3 di Nardò, al trattamento dei dati al fine di attivare il servizio richiesto, ai sensi del D.Lgs 196/ 2003 “ Codice in materia di protezione dei dati personali” e successive integrazioni.

Data _____

Firma _____

Documenti da allegare (relativi alla persona per la quale si richiede il Servizio di Assistenza)

- **Modulo di richiesta di Assistenza Domiciliare Integrata, a firma del medico curante** (solo in caso di richiesta di prestazioni sanitarie)
- **Copia del verbale della Commissione di Invalidità Civile** da cui si evinca il grado di invalidità e l'eventuale necessità di accompagnamento;
- **Copia del verbale di riconoscimento della disabilità**, ai sensi della L.104/92
- **Dichiarazione Sostitutiva Unica e Attestazione ISEE** relativa ai redditi dell'anno 2019;
- Copia del **Documento d'Identità del Dichiarante**;
- Ogni **altre documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione** dei bisogni della persona necessitante del Servizio

_____, _____
(Luogo)

(data)

FIRMA
