

Richiesta di ammissione al servizio di Prestazioni di Assistenza domiciliare socio-assistenziale ed integrate all'assistenza socio-sanitaria con ASP, Distretto 3 "Media Valle Del Crati".

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (___) il _____, e residente in _____ alla via/piazza/vico/c.da _____ n. _____, C. F. _____, tel. _____,

CHIEDE L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE:



SAD



ADI (Dichiara di essere già assistito dal servizio ADI dell'Asp territorialmente competente)

o Per sé stesso

o Per il/la Sig.ra _____ in qualità di _____ di _____, nato/a a _____ (___) il _____, ed residente in _____ alla via/piazza/vico/c.da _____ n. _____, C. F. _____, tel. _____;

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000)

- Che il nucleo familiare destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n. _____ componenti.

- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio ha _____ anni compiuti.

- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio è (barrare la casella interessata):

- persona con invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
- persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92);
- persona con invalidità dal 74 al 100%;
- persona portatore di handicap (art. 3, co. 1 legge 104/92);

- persona invalida al 100% in attesa del riconoscimento di cui alla legge n. 104/92 (da allegare alla domanda la ricevuta d'inoltro all'INPS).

- Che la situazione relativa al nucleo familiare è la seguente:

- persona che vive sola nel proprio comune di residenza, senza nessun figlio o altri familiari e/o affini;
- persona che vive con coniuge e/o figli o altri familiari non autosufficienti;
- persona che vive sola con figli residenti fuori del Comune e fuori Provincia;
- persona che vive sola con figli residenti fuori del Comune oltre 30 Km;
- persona che vive con coniuge autosufficiente e con figli fuori comune;
- persona che vive sola con figli residenti nel Comune;
- persona che vive con coniuge e con figli nel Comune;
- persona e/o coppia disabile non autosufficiente coabitante con figli o altri familiari e/o affini autosufficienti;
- che usufruisce di altro intervento pubblico di assistenza similare.

- Che il valore dell'Isee è pari a: € _____

Allega alla presente domanda:

1. Stato di famiglia/ Autocertificazione della composizione del nucleo familiare convivente con l'utente;
2. Copia Verbale Accertamento dell'Invalidità Civile;
3. Copia Verbale Accertamento di Handicap, ai sensi della legge n. 104/92;
4. Attestazione ISEE Sociosanitaria in corso di validità del nucleo familiare convivente con l'utente;
5. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del richiedente e, se diverso, del soggetto per il quale si chiede assistenza;

Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

(Luogo e data) _____, _____

Firma del beneficiario o del familiare _____

AL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N.3

“MEDIA VALLE DEL CRATI” – Capofila Montalto Uffugo

OGGETTO: *SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (SAD) E PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARI INTEGRATE (ADI) AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI.*

Scelta cooperativa accreditata.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ in via _____

INDICA

o Per sé stesso

o Per il/la Sig.ra _____ in qualità di _____ di _____, nato/a a _____ () il _____, ed residente in _____ alla _____ via/piazza/vico/c.da _____ n. _____,

In riferimento al servizio in oggetto, La seguente cooperativa accreditarsi (barrare con una X il soggetto prescelto):

- ADDIS MULTISERVICE-SOCIETA' COOPERATIVA**
- COOPERATIVA SOCIALE SINERGIE**
- COOPERATIVA SOCIALE SIRYO C.S.A.R.L.**
- DON BOSCO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE**
- LUMEN COOPERATIVA SOCIALE**
- AQUILONE COOPERATIVA SOCIALE**
- SOLIDALE COOPERATIVA SOCIALE**
- V.P.B. SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE**
- RTI MAYA – CRISALIDE COOPERATIVE SOCIALI**
- SOCIALNET COOPERATIVA SOCIALE ARL**
- LEIB COOPERATIVA SOCIALE**

FIRMA

.....

N.B. Allegare copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità