

B - C - 2 - MODELLO DI DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO

All'Ambito N13 – Ufficio di Piano - COMUNE ISCHIA – CAPOFILA

Per il tramite del COMUNE DI ..... ANTENNA/SERVIZIO SOCIALE

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE AI SERVIZI:**

- PER L'AUTONOMIA E L'INTEGRAZIONE SOCIALE DELLA PERSONA DISABILE ai sensi della L. 104/82; L. 162/38 (SAD-H)
- SERVIZIO PER L'AUTONOMIA E L'INTEGRAZIONE SOCIALE DELLA PERSONA ANZIANA (SAD-A)

Il/La sottoscritto/a .....

In qualità di:

- se stesso       genitore       figlio       tutore       coniuge
- amministratore di sostegno
- altro (specificare il tipo di rapporto) .....

Nato/a a ..... (prov ..... ) il ..... residente in

..... via/piazza..... n ..... cap.....

Tel. ....

**CHIEDE**

l'attivazione del S.AD - H     TRAMITE VOUCHER DA SPENDERE PRESSO FORNITORI DELL'ELENCO/REGISTRO DI AMBITO

l'attivazione del S.AD - A     TRAMITE VOUCHER DA SPENDERE PRESSO FORNITORI DELL'ELENCO/REGISTRO DI AMBITO

Assistenza domiciliare - H  - A     in forma indiretta (L. 162/98) (l'assistenza indiretta, in seguito ad autorizzazione da parte del Servizio Sociale Professionale laddove sussiste la prevalenza nel Piano - di intervento/di attività legati al "superamento degli stati di non autosufficienza" - Art. 39 comma 2 lett. 1-ter Legge 104/92-), per il cui calcolo del beneficio economico saranno utilizzati i criteri e il livello di intensità delle Linee guida sul funzionamento del sistema operativo di svolgimento dei "Servizi assistenza/autonomia ai portatori di handicap e agli anziani", detratto degli oneri fiscali (IVA) e degli oneri gestionali.

a favore di .....

nato a ..... prov. .... il .....

residente in ..... prov.....

alla via ..... n. ....

A tal fine DICHIARA (art. 2,3,4 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 D.P.R. 20 ottobre 1998 n. 403) che il nucleo familiare della persona che usufruirà del servizio è composto da:

	Cognome	Nome	Tipo di rapporto	Data di nascita
1				
2				
3				
4				

Allega la seguente documentazione: per il SAD-A

- Fotocopia certificato di invalidità riconoscimento 100% ;
- Attestazione Medico Medicina Generale che l'anziano si trova in uno stato di non autosufficienza non particolarmente grave, tale da richiedere una prestazione di carattere socio-assistenziale domiciliare
  - Fotocopia della certificazione attestante il riconoscimento persona con disabilità (legge 104/92 art. 3 comma 3);
- Dichiarazione Sostitutiva Unica e relativa attestazione ISEE ordinario vigente;
  - Qualora la domanda è inoltrata da persona che non sia legata da rapporto di parentela è necessario allegare:  delega
- Fotocopia del documento d'identità dell'interessato e di chi presenta la domanda

Allega la seguente documentazione: per il SAD-H

- Fotocopia della certificazione attestante il riconoscimento persona con disabilità (legge 104/92 art. 3 comma 3);
  - Fotocopia certificato di invalidità riconoscimento 100%,
- Dichiarazione Sostitutiva Unica e relativa attestazione ISEE ordinario vigente;
  - Qualora la domanda è inoltrata da persona che non sia legata da rapporto di parentela è necessario allegare:  delega
- Fotocopia del documento d'identità dell'interessato e di chi presenta la domanda

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la personale responsabilità (art. 26 L. 4/1/1968, n. 15)

....., .....

Firma.....

Esente da autentica di firma ai sensi art. 3 comma 10 legge 127/97 ed esente da imposta di bollo ai sensi art. 14 Tab. B.D.P.R. 642/72.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del DLgs. 30/06/03 n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Si autorizza l'utilizzo dei dati personali

.....

Firma.....

AVVERTENZA: il Dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti qualora vengano accertate dichiarazioni non veritiere.