



Comune di Adelfia



Comune di Capurso



Comune di Triggiano
Comune Capofila



Comune di Cellamare



Comune di Valenzano

AMBITO TERRITORIALE N.5

prot.

del

**All'Ambito Territoriale di Triggiano
per il tramite del Comune di:**

Oggetto: **Richiesta ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____() il ____ / ____ / _____ residente a
_____ () in via _____ n. _____,
Codice Fiscale n.ro ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ telefono
_____/____ in qualità di interessato o di esercente la patria potestà/tutore o
Amministratore di sostegno, (specificare _____) di _____
nato/a a _____ () il ____ / ____ / _____, residente a
_____ () in via _____ n. _____, codice Fiscale
n.ro ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ telefono
_____/_____.

CHIEDE

l'ammissione al **SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)** disciplinato dal Regolamento approvato dal Coordinamento Istituzionale con delibera n. 13/2013.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di essere a conoscenza che al servizio possono essere ammesse le persone che si trovano:

- in stato di malattia o invalidità tale da comportare la necessità di un aiuto da parte di altre persone;
- non dispongono di sufficiente assistenza familiare;
- vivono in ambienti idonei.

- di trovarsi in una delle seguenti condizioni (contrassegnare la voce che interessa):

<input type="checkbox"/> 1a) Richiedente privo di sostegni familiari (per ragioni di età e/o altri carichi di cura e/o lontananza e/o malattia e/o reddito e/o lavoro, ecc.) specificare: _____ _____
<input type="checkbox"/> 1b) grave rischio di tenuta della rete familiare (carico di cura notevole per durata e intensità da parte del nucleo familiare, familiare con altri carichi di cura, rilevante carico economico collegato alla cura, familiari con orari di lavoro difficilmente compatibili con il carico di cura, situazioni assimilabili) specificare: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> 2) Nuclei familiari con componenti, oltre il richiedente, anziani (in riferimento ai limiti di età previsti per l'accesso all'assegno sociale) o disabili con riconoscimento L.104/92. Specificare: _____ _____
<input type="checkbox"/> 3) Richiedente anziano (in riferimento ai limiti di età previsti per l'accesso all'assegno sociale) ¹ .
<input type="checkbox"/> 4) Richiedente portatore di handicap in situazioni di gravità (art. 3 c.3 legge 104/92) e/o riconosciuto invalido al 100% con indennità di accompagnamento dalla Commissione medica competente.
<input type="checkbox"/> 5) Richiedente con problemi di salute mentale o con dipendenza patologica in carico al servizio sanitario pubblico specialistico. _____
<input type="checkbox"/> 6) Reddito familiare ISEE (relativo all'ultimo reddito certificabile ai sensi della vigente normativa), inferiore al "Minimo Vitale" ² corrispondente all'importo dell'integrazione al trattamento minimo (aggiornato annualmente dall'INPS) e quindi € _____
<input type="checkbox"/> 7) Reddito familiare ISEE (relativo all'ultimo reddito certificabile ai sensi della vigente normativa), superiore al "Minimo Vitale" corrispondente all'importo dell'integrazione al trattamento minimo (aggiornato annualmente dall'INPS) sino ad € 15.000,00 e quindi € _____

- di avere necessità delle prestazioni di seguito contrassegnate:

PRESTAZIONI DI TIPO DOMESTICO consistenti in:

- Cura delle condizioni igieniche degli ambienti di vita primari della persona (camera da letto, cucina, bagno);
- Preparazione del letto;
- Piccolo bucato e stiratura;
- Preparazione dei pasti;
- Assistenza nell'organizzazione dell'attività domestica;
- Spesa e commissioni varie;

PRESTAZIONI DI AIUTO PERSONALE consistenti in:

- Igiene personale o totale della persona a letto e non;
- mobilitazione della persona costretta a letto;
- vestizione dell'utente;
- indicazione sull'applicazione di corrette norme igienico-sanitarie;
- rilevazione della temperatura, assistenza nell'assunzione di terapie farmacologiche;

¹ L'età richiesta è di 65 anni e tre mesi sia uomini che donne.

² Il minimo vitale da considerare è pari ad € 6.440,59.

- aiuto ad una corretta assunzione dei pasti;
- alimentazione a letto;
- aiuto al mantenimento di abilità psico-fisiche residue (uso del telefono, di elettrodomestici, di mezzi di trasporto, ecc...);

PRESTAZIONI E SOSTEGNO PSICO – SOCIALE consistenti in:

- attività di segretariato sociale;
- attività di promozione e attuazione della rete familiare e sociale in collaborazione con gli altri servizi del territorio;
- attività volte a favorire la socializzazione.

PRESTAZIONI DI ACCOMPAGNAMENTO:

- spostamenti dal luogo di residenza per:
- visite mediche e accertamenti diagnostici;
- riscossione pensione e disbrigo di altre pratiche amministrative

DI IMPEGNARSI:

in caso di ammissione, **alla eventuale compartecipazione al costo del servizio richiesto**, come previsto dall'art.9 del “Regolamento per il servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)”, approvato dal Coordinamento Istituzionale con delibera n. 13/2013.

ALLEGA alla presente:

- 1) copia documento di riconoscimento del richiedente;
- 2) documentazione sanitaria attestante le condizioni su dichiarate (eventuale possesso L.104/92, invalidità 100%, indennità di accompagnamento, ecc.

DI IMPEGNARSI:

- **a presentare** l'eventuale ulteriore documentazione richiesta dai Servizi Sociali e/o dall'Ufficio di Piano ai fini dell'istruttoria della domanda.

DICHIARA

- **di aver preso visione dell'allegata informativa in materia di protezione dei dati personali** ai sensi del D. Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e successive integrazioni.

(Luogo e data)

(Firma)
