

Richiesta di ammissione al servizio di Prestazioni di Assistenza domiciliare socio assistenziale ed integrate all'assistenza sociosanitaria 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):

o persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92).

o persona portatore di handicap (art. 3, co. 1 legge 104/92).

o persona invalida al 100% in attesa del riconoscimento di cui alla legge n. 104/92.

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

o persona che vive sola.

o persona che vive con coniuge e/o figli o altri familiari non autosufficienti.

o persona che vive sola con figli residenti fuori del Comune e fuori Provincia.

o persona che vive sola con figli residenti fuori del Comune oltre 30 Km.

o persona che vive con coniuge autosufficiente e con figli fuori comune.

o persona che vive sola con figli residenti nel Comune.

o persona che vive con coniuge e con figli nel comune.

o persona e/o coppia disabile non autosufficiente coabitante con figli o altri familiari e/o affini autosufficienti o che usufruisce di altro intervento pubblico di assistenza simile.

- **Che il reddito MENSILE complessivo del nucleo familiare ammonta ad: €** _____

Allega alla presente domanda:

- Attestazione ISEE di validità annuale in corso di validità del nucleo familiare anagrafico dell'utente (Considerata l'emergenza sanitaria in atto la presentazione dell'attestazione Isee può essere successiva alla presentazione della domanda ma comunque obbligatoria pena la revoca dell'eventuale beneficio);
- Eventuale copia del verbale di accertamento dell'invalidità Civile;
- Eventuale copia del verbale di accertamento di HANDICAP, ai sensi della legge 104/92 ovvero copia dell'istanza per il riconoscimento della stessa;
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità 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 (NON IN CDI) E PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE (CDI) AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI. FONDI PAC II RIPARTO AZIONI A SPORTELLO* – **Scelta cooperativa accreditata.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ residente a _____ in via _____

in riferimento al servizio in oggetto emarginato, con la presente

INDICA

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**

FIRMA

.....

N.B. Allegare copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validita'