



Al Sig. Sindaco
Comune di Silius
Via Aldo Moro, 14
09040 Silius (SU)

ISTANZA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO ASSOCIATO DI ASSISTENZA DOMICILIARE – AMBITO PLUS SARRABUS GERREI.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ residente in SILIUS (SU) in via _____ n. _____ cap. _____
telefono fisso n. _____ cellulare _____ codice fiscale _____
e-mail _____ fax _____ pec _____

- per sé medesimo
 per il proprio familiare / persona sottoposta a tutela

Cognome e nome _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ residente in SILIUS (SU) in via _____ n. _____ cap. _____
_____ telefono fisso n. _____ cellulare _____ codice fiscale _____
e-mail _____ fax _____ pec _____

Chiede di poter beneficiare del Servizio associato di Assistenza Domiciliare

Indicare le prestazioni ritenute necessarie

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Igiene della persona | <input type="checkbox"/> Igiene e cura degli spazi abitativi vitali |
| <input type="checkbox"/> Sostegno deambulatorio | <input type="checkbox"/> Rifacimento letto/cambio della biancheria |
| <input type="checkbox"/> Rilevazione parametri vitali | <input type="checkbox"/> Acquisto generi prima necessità |
| <input type="checkbox"/> Preparazione e somministrazione pasti | <input type="checkbox"/> Segretariato sociale e accesso rete servizi |
| <input type="checkbox"/> Interventi di socializzazione e di supporto relazionale | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Accompagnamento presso servizi sanitari | <input type="checkbox"/> Interventi utenti ospedalizzati |

Indicare giorni ed orari in cui si ritiene di aver necessità del servizio (specificare articolazione del servizio e numero degli operatori richiesti)

- lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì sabato domenica

AUTORIZZA

a tal fine la predisposizione del Programma di Intervento previsto dal Regolamento per l'organizzazione e la gestione del Servizio di Assistenza Domiciliare PLUS "Sarrabus – Gerrei" e il coinvolgimento, nell'analisi e progettazione dell'intervento, dei servizi socio – sanitari territoriali (ASL, medico di medicina generale, ecc.)

SI IMPEGNA

- 1) a fornire tutte le informazioni, gli elementi e la documentazione, essenziali e utili alla formulazione del proprio Programma di Intervento, all'articolazione del Servizio e alla partecipazione al suo costo;
- 2) a compartecipare puntualmente al costo complessivo del Servizio secondo le modalità e criteri contenuti nel Regolamento d'Ambito per la gestione del S.A.D.;
- 3) a fornire annualmente al Servizio Sociale la certificazione attestante la Situazione Economica Equivalente (ISEE) aggiornata del nucleo familiare in cui è inserito il beneficiario;
- 4) a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla composizione familiare, alle condizioni di reddito e al patrimonio;

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare /che il nucleo familiare del/la sig. _____ è così composto:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Relazione di parentela

che l'ISEE in corso di validità, relativo al nucleo familiare, è pari a € _____

che le copie dei documenti allegati sono conformi all'originale

- 1) di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- 2) di essere informato del fatto che, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo n. 196/03, i dati personali raccolti saranno trattati con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;
- 3) di beneficiare di un piano personalizzato ai sensi della L. 162/98 o di un programma "Ritornare a casa" così articolato (specificare orari ed attività):

- 4) di aver preso visione del Regolamento dell'Ambito PLUS Sarrabus Gerrei e del relativo aggiornamento 2013, approvato dalla Conferenza di Servizi dell'Ambito PLUS Sarrabus Gerrei e di accettarlo integralmente.

Allega:

- Documentazione medica e/o sociale attestante lo stato di disagio
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione della Situazione Economica Equivalente (ISEE) in corso di validità del nucleo familiare dell'assistito o copia dell'ISEE;
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del destinatario del SAD
- Fotocopia del codice fiscale del richiedente e del destinatario del SAD
- Copia del decreto di nomina a tutore o curatore o amministratore (se esistente)

Silius, li _____

IL RICHIEDENTE
