



**AL COMUNE DI FOGGIA
PROTOCOLLO GENERALE**

C.so Garibaldi n°58

ALLA c.a. del Servizio Sociale e Prevenzione

Via P. Fuiani, 16

71121 FOGGIA (FG)

DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE (S.A.D.)

IN FAVORE DI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI

Oggetto: Richiesta di accesso al Servizio.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, residente in _____ alla via _____
n. _____, C.F. _____, stato civile _____ recapito telefonico _____,
email _____;

OPPURE

Il sig./ra _____

in qualità di:

- familiare (grado di parentela) _____,
- tutore,
- curatore,
- amministratore di sostegno,

nato a _____ prov. _____ il _____, residente in _____ alla
via _____ n° _____ C.F. _____,
recapito telefonico _____.

CHIEDE

L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI:

Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) in favore di persone anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti.

A tal fine

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art. 75 e76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, sotto la propria responsabilità (condizione riferita al beneficiario della prestazione richiesta):

- a) Che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di _____ (anni compiuti);
- b) Che le sue condizioni familiari sono le seguenti:
- persona che vive sola;
 - persona coabitante con 2 o più figli/genitori, parenti o affini o assistente familiare.

• COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:

<i>cognome e nome</i>	<i>età</i>	<i>grado di parentela</i>	<i>disabilità fisica/psichica o invalidità</i>	<i>Percentuale invalidità</i>	<i>L.104/92 ART.3</i>	<i>indennità di accompagnamento</i>
			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

• CHE IL DESTINATARIO DEL BENEFICIO RICHiesto HA BISOGNO DELLE SEGUENTI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA E SOSTEGNO DOMICILIARE:

- Aiuto e coinvolgimento per il governo casa: 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 – aiuto al mantenimento di abilità (uso del telefono, di elettrodomestici, ecc...) – aiuto per ogni necessità di tipo domestico;

- Supporto alle persone nella cura e nel benessere fisico: igiene personale o totale della persona a letto e non – ausilio alla mobilitazione della persona costretta a letto – vestizione dell'utente – indicazione dell'applicazione di corrette norme igienico/sanitarie – aiuto ad una corretta assunzione dei pasti (è fatto divieto agli operatori di somministrare alcun tipo di farmaco) – alimentazione a letto – segnalazione agli operatori sanitari e sociali di problematiche che potrebbero insorgere nell'attività lavorativa - attività di promozione e attuazione della rete familiare e sociale a favore dell'utente in collaborazione con gli altri servizi del territorio;
 - Prestazioni di segretariato sociale: informazioni sui diritti e servizi; - aiuto nell'istruttoria di istanze per l'accesso alle prestazioni di competenza dei servizi socio – assistenziali del Comune e socio – sanitari della ASL;
 - Servizi di accompagnamento: spostamento nel territorio dell'area urbana – visite mediche e accertamenti diagnostici – riscossione pensione e disbrigo di altre pratiche amministrative – attività complementari alla domiciliarità finalizzate alla socializzazione e alla cura del sé e del domicilio.
- **DI IMPEGNARSI, QUALORA DOVUTO, AL PAGAMENTO DELLA QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE ECONOMICA, TRAMITE VERSAMENTO SUL C.C.P. 1031982901-INTESTATO A COMUNE DI FOGGIA SERVIZIO TESORERIA CON LA SEGUENTE CAUSALE” SERVIZIO SAD ANZIANI MESE DI.....”**
 - di aver preso visione e accettato quanto previsto dall'Avviso Pubblico.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilite dal DPR n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Documenti da allegare:

- Modello di autocertificazione I.S.E.E. della condizione socio economica riferita all'anno in corso del nucleo familiare convivente o dell'Interessato;
- Copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario, pena esclusione;
- Eventuale certificazione del Medico di Medicina Generale o eventuale copia del verbale della Commissione di Invalidità Civile e indennità di accompagnamento;
- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni della persona necessitante il servizio.

AUTORIZZA

I dati personali raccolti, nell'ambito della presente procedura, saranno trattati anche con strumenti informatici nel rispetto della normativa sulla privacy, di cui al D.Lgs. n° 196 del 30/06/2003, modificato dal Decreto Legislativo 101 del 10 agosto 2018 e a livello europeo dal GDPR 2016/679 – Regolamento Europeo sulla Protezione Dati.

FOGGIA, DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE
per esteso leggibile