

AMBITO TERRITORIALE C06



Comune di Aversa Capofila

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

Alla c.a. dei Servizi Sociali
del Comune
di _____
affidente l'Ambito
Territoriale Sociosanitario C06

OGGETTO : RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE IN FAVORE DI PERSONE DISABILI A VALERE SUL FONDO POVERTA' 2020 CUP I31H20000160006 E A VALERE SUL FONDO POVERTA' 2021 - CUP I39G21000160001 - CIG: A04600CB8B

(scrivere in maniera leggibile)

Il /la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

C.F. _____ residente a _____

Indirizzo _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

- per sé
- per proprio familiare/parente interessato (specificare grado di parentela)

- in qualità di tutore giuridico della persona interessata o altro (specificare)

- Altro (specificare) _____

A favore di *(indicare il richiedete beneficiario - solo se diverso dal richiedente già generalizzato)*:

Nome e Cognome _____

nato/a a _____ il _____ età _____

residente _____ indirizzo _____

Codice Fiscale _____ - Recapito Telefonico _____

l'accesso al servizio al servizio di SAD DISABILI ATS C06

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali prevista dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni

AMBITO TERRITORIALE C06



Comune di Aversa Capofila

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

ivi indicate.

DICHIARA

(Importante - barrare con una sola X la condizione interessata)

Che i dati e le informazioni relative alla persona interessata alla richiesta sono i seguenti:

<u>Disabile che vive solo senza rete parentale</u>	
<u>Disabile con familiari conviventi in stato di non autosufficienza o con problematiche sociali/sanitarie opportunamente certificate dagli Enti territorialmente competenti</u>	
<u>Disabile che vive con i familiari</u>	3

A) Condizione di disabilità

l. 104/92 art. 3, comma 3	
l. 104/92 art. 3, comma 1	
certificato di invalidità dal 75% al 100%	
certificato di invalidità fino al 74%	

Valore dell'ISEE

Requisito	Punteggio
ISEE pari a € 0,0	
ISEE € 0,01 - € 2.000,00	
ISEE € 2.000,01- € 4.000,00	
ISEE € 4.000,01- € 6.000,00	
ISEE € 6.000,01- € 8.000,00	
ISEE € 8.000,01- € 10.140,00	

AMBITO TERRITORIALE C06



Comune di Aversa Capofila

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

DICHIARA, altresì:

Di rendersi disponibile alla valutazione da parte di personale competente, anche presso il proprio domicilio, e a fornire tutte le informazioni necessarie per la redazione del progetto personalizzato – PAI.

A tal proposito, dichiara che:

-da Certificazione il proprio valore_____ ISEE socio-sanitario in corso di validità è _____;

Dichiara, inoltre, di essere consapevole che:

- l'eventuale accettazione del servizio è sostitutivo di ogni altra prestazione a carattere sociale, socio-assistenziale e socio-sanitaria dell'Ambito Territoriale/Comune e che non può e non potrà essere beneficiario di altra forma di aiuto socio-assistenziale e socio-sanitario, erogato anche da altri Enti, per tutto l'arco temporale di erogazione delle prestazioni SAD e che lo stesso si sospende, di norma, a far data dal ricovero presso struttura sanitaria, socio-sanitaria o assistenziale a carattere residenziale;
- qualora il servizio non venga affidato e pertanto non si realizzi, i richiedenti che hanno presentato domanda non avranno nulla a pretendere.

Il richiedente o delegato alla presentazione della richiesta, inoltre, s'impegna:

- a fornire tempestivamente, pena l'esclusione, altre ed eventuali informazioni e documenti;
- a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato;
- a comunicare tempestivamente al proprio Comune di residenza qualsiasi variazione alle informazioni e ai dati contenuti nella presente richiesta.

Il familiare/parente/delegato di riferimento, contattabile è:

Nome e Cognome _____
tel. _____ Cell. _____
e-mail _____

Allega alla presente:

- Copia di un documento di riconoscimento dell'interessato in corso di validità
- Certificazioni sanitarie attestati la patologia ed il livello di gravità (specificare) _____
- Certificato ISEE socio-sanitario, in corso di validità al 31/12/2025;
- Eventuale delega alla presentazione dell'istanza con copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato;

AMBITO TERRITORIALE C06



Comune di Aversa Capofila

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

- Copia del provvedimento di tutela/amministrazione di sostegno con copia del documento di riconoscimento della persona esercente tali funzioni, se necessario.

li, _____

In Fede _____

Il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 GDPR e autorizza il Comune di residenza e l'UDP dell'Ambito Territoriale C06 al trattamento e all'elaborazione dei dati forniti per finalità statistiche e gestionali, anche mediante l'ausilio di procedure informatizzate, e al trasferimento dei dati personali ad altri Enti per gli adempimenti amministrativi e per la valutazione, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie.

li, _____

In Fede _____