

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 _____
afferre 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 _____

AMBITO TERRITORIALE C06



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

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 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>	

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

AMBITO TERRITORIALE C06



Comune di Aversa Capofila

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

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 _____