

ALL' UFFICIO SERVIZI SOCIALI

COMUNE DI \_\_\_\_\_

DOMANDA PER L'AMMISSIONE AI SERVIZI ASSISTENZA DOMICILIARE PER LE PERSONE ANZIANE – ASSISTENZA DOMICILIARE PER LE PERSONE DIVERSAMENTE ABILI

**(Da presentare presso l'Ufficio Protocollo del Comune di residenza dell'Ambito territoriale n. 3: Corato- Terlizzi -Ruvo di Puglia)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

(DA COMPILARE SOLO IN CASO DI TUTELA LEGALE / CURATELA / AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO)

In qualità di:

tutore

curatore

amministratore di sostegno

Del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere ammesso al servizio:

**Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D) per la persone diversamente abili**

**Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D) per le Persone Anziane**

A tale fine consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più

corrispondenti a verità e delle possibilità di controllo da parte dell'Amministrazione Comunale, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, pena l'esclusione

### DICHIARA

(barrare le caselle d'interesse)

- Di aver compiuto il sessantesimo anno d'età e di trovarsi in situazioni di totale o parziale non autosufficienza fisica o psichica;
- Di essere stato riconosciuto soggetto portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992 e ss. mm. e ii.
- Di essere invalido con invalidità riconosciuta al 100%;

### DICHIARA INOLTRE

(barrare le caselle d'interesse)

di aver percepito nell'anno 2011:

- reddito imponibile (rinveniente da pensione, 730 ecc.) € \_\_\_\_\_
- indennità di accompagnamento € \_\_\_\_\_
- pensione di invalidità € \_\_\_\_\_
- rendita INAIL pari ad € \_\_\_\_\_
- altri benefici esentasse (specificare quali ed inserire il relativo importo percepito)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

oppure

- valore ISEE, in corso di validità, dell'intero nucleo familiare pari ad € \_\_\_\_\_

**N.B. Ai sensi del Regolamento per l'Accesso al Sistema Integrato Locale dei Servizi e degli Interventi Sociali e del Regolamento Regionale n. 19/2008, per i percorsi assistenziali integrati di natura socio-sanitaria, i soggetti con handicap permanente grave di cui all'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 e ss. mm. e ii., accertato ai sensi dell'art 4 della stessa legge, e i soggetti ultrasessantacinquenni, la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata rilevata a seguito di valutazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale, possono produrre l'attestazione della situazione economica del solo soggetto tenuto al costo della prestazione, qualora questa sia più favorevole. In tal caso andranno considerati come redditi del destinatario sia i redditi fiscalmente rilevanti che quelli non fiscalmente rilevanti.**

**Allega alla presente:**

- 1) modello Allegato 1: “Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. 445/2000 relativa agli ulteriori parametri d’accesso ai servizi di Assistenza Domiciliare Anziani e Assistenza domiciliare per le persone diversamente abili ai sensi dell’art. 20 del “Regolamento per l’Accesso al Sistema Integrato Locale dei Servizi e degli Interventi Sociali”.**
- 2) copia di documento di identità del Richiedente/Dichiarante e della persona interessata al beneficio;**
- 3) copia del modello ISEE, in corso di validità, dell’intero nucleo familiare.**
- 4) altra documentazione attestante i redditi percepiti.**

<p>La sig.ra / il sig. _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Autorizza</b> il Servizio Sociale del Comune di _____</p> <p>al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di attivazione del servizio in parola, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e successive modificazioni e integrazioni.</p> <p>Data _____ Firma _____</p>
---

LUOGO E DATA

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Allegato 1

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 RELATIVA AGLI ULTERIORI PARAMETRI D'ACCESSO AI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI E ASSISTENZA DOMICILIARE PER LE PERSONE DIVERSAMENTE ABILI AI SENSI DELL'ART. 20 DEL "REGOLAMENTO PER L'ACCESSO AL SISTEMA INTEGRATO LOCALE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI SOCIALI".**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ richiedente il servizio di  
(barrare la casella di interesse)  Assistenza Domiciliare per le persone Anziane  
 Assistenza Domiciliare per le persone Diversamente Abili

per il sig./sig.ra \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e delle possibilità di controllo da parte dell'Amministrazione Comunale, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, pena l'esclusione

	<b>PARAMETRI INTEGRATIVI</b>	<b>PUNTI</b>	<b>Compilare la casella d'interesse</b>
Art. 20 lett. b)	Per ogni minore a carico ed infrasedicenne	2	
Art. 20 lett. b)	Per ogni minore a carico di età fra i 16 e i 18 anni	1	
Art. 20 lett. c)	Per ogni persona abile al lavoro ed in età lavorativa non occupata da almeno 6 mesi prima della data di domanda facente parte del nucleo familiare priva di risorse proprie fino a 45 anni di età	1	
Art. 20 lett. c)	Per ogni persona abile al lavoro ed in età lavorativa non occupata da almeno 6 mesi prima della data di domanda facente parte del nucleo familiare priva di risorse proprie oltre i 45 anni di età e fino all'età pensionabile	3	
Art. 20 lett. d)	Per ogni persona superiore ai 65 anni effettivamente convivente e con un reddito personale annuo di importo non superiore a quello di cui all'art.18 <sup>1</sup>	2	
Art. 20 lett. e)	Per ogni persona con invalidità certificata dal 46% al 73% e senza diritto a provvidenze economiche	3	
Art. 20 lett. f)	Per ogni persona con invalidità certificata pari o superiore al 74% con diritto a provvidenze economiche, compresa l'indennità di frequenza per minori, esclusa l'indennità di accompagnamento	2	
Art. 20 lett. g)	Per ogni persona con diritto all'indennità di accompagnamento certificata, ivi compresa quella per i	3	

<sup>1</sup> Art. 18 del Regolamento per l'Accesso al Sistema Integrato Locale dei Servizi e degli Interventi Sociali

	minori		
Art. 20 lett. h)	Per ogni persona con diritto a diverse indennità di accompagnamento certificate	1	
Art. 20 lett. i)	Per ogni persona con invalidità certificata e con riconoscimento della gravità ai sensi dell'art 3 della L. 104/92,	1	
Art. 20 lett. j)	Per ogni persona diversamente abile, riconosciuta ai sensi dell'art 3 della L. 104/1992, qualora non sia certificata una invalidità utile alla concessione di assegni	1	
Art. 20 lett. k)	Per ogni persona separata legalmente o divorziata, con un reddito personale annuo di importo non superiore a quello di cui all'art. 18 che non percepisce a nessun titolo assegni di mantenimento	3	
Art. 20 lett. l)	Per ogni persona che versa o percepisce, a seguito di separazione legale, assegni di mantenimento	1	
Art. 20 lett. m)	Per ogni persona vedova o nubile, che vive sola, con età superiore ai 45 anni e con un reddito personale annuo di importo non superiore a quello di cui all'art 18	4	
Art. 20 lett. n)	Per ogni persona che costituisca nucleo familiare mono-parentale, ancorché presente in famiglia anagrafica più allargata	2	
Art. 20 lett. o)	Per ogni persona coniugata o convivente, con partner detenuto o agli arresti domiciliari, che abbia un reddito personale annuo di importo non superiore a quello di cui all'art 18	2 (detto punteggio verrà detratto al momento della scadenza del provvedimento restrittivo e darà diritto al punteggio di cui al punto successivo)	
Art. 20 lett. p)	Per ogni persona ex detenuta, non sottoposta a misure alternative entro 180 giorni dalla data di emissione in libertà	1	
Art. 20 lett. p)	Per ogni persona sottoposta a misure alternative	2	
Art. 20 lett. q)	Per nuclei familiari che vivono in abitazioni igienicamente e/o strutturalmente inadeguate (condizione accertata attraverso certificazioni tecniche di uffici competenti)	3	
Art. 20 lett. r)	Per le persone di età superiore ai 65 anni che vivono da sole	2	
Art. 20 lett. s)	Per le persone di età superiore ai 65 anni che vivono in coppia	1	
Art. 20 lett. t)	Per le persone di età superiore ai 65 anni che vivono da sole e con persone diversamente abili ed invalidità certificata al 100%	4	
Art. 20 lett. u)	Per le persone di età superiore ai 65 anni che vivono in coppia e con persone diversamente abili ed invalidità certificata al 100%	2	
Art. 20 lett. v)	Per le persone prive di parenti obbligate ad alimenti	2	
Art. 20 lett. w)	Per le persone che vivono sole e prive di genitori, figli e germani, residenti nello stesso Comune o nell'Ambito Territoriale	2	

Data e Luogo

Firma