



Piano di Zona Sociale Ambito A04

Comune di Avellino
Piazza del Popolo,1
Tel. 0825 200 316
pec: ufficioprotocollo@cert.comune.avellino.it

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE IN FAVORE DI PERSONE ANZIANE

DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO

ANAGRAFICA RICHIEDENTE (SE DIVERSO DALL'UTENTE)

COGNOME:	NOME:
LUOGO E DATA DI NASCITA:	CODICE FISCALE:
RESIDENTE:	VIA/P.ZZA:
TEL. FISSO:	TEL. MOBILE:

CONIUGE GENITORE ALTRO _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

COGNOME:	NOME:
----------	-------

CHIEDE IL SERVIZIO E DICHIARO DI ESSERE:

LUOGO E DATA DI NASCITA:	SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CODICE FISCALE:
RESIDENTE NEL COMUNE DI:	VIA/P.ZZA:	
TEL. FISSO:	CELL:	
<input type="checkbox"/> CELIBE / <input type="checkbox"/> NUBILE <input type="checkbox"/> CONIUGATO/A	<input type="checkbox"/> VEDOVO/A <input type="checkbox"/> SEPARATO/A	

DICHIARO DI TROVARMИ IN UNA DELLA SEGUENTI CONDIZIONI:

<input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENZA <input type="checkbox"/> MALATTIA/INVALIDITÀ (L. 104/92)	<input type="checkbox"/> MANCANZA DI RETE FAMILIARE <input type="checkbox"/> BISOGNO SOCIO-ASSISTENZIALE
--	---

DICHIARO CHE:

<input type="checkbox"/> NUCLEO FAMILIARE È COMPOSTO DA N° _____ <input type="checkbox"/> VALORE ISEE VIGENTE: _____	Note:
---	-------

DICHIARO ALTRESÌ:

- Di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione di una prestazione agevolata, potranno essere eseguiti controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445 e che potranno essere effettuati riscontri sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti con i dati reddituali, con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze;
- Di impegnarmi a comunicare qualunque variazione possa intervenire rispetto ai dati sopra citati.

Il/La sottoscritto/a, consapevole di quanto prescritto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000, **allega alla presente domanda:**

- copia documento di riconoscimento in corso di validità dell'utente;**
- copia documento di riconoscimento in corso di validità richiedente se diverso dall'utente;**
- copia dell'attestazione ISEE in corso di validità e relativa al nucleo familiare dell'utente;**
- certificazione medica / di invalidità attestante le condizioni di salute dell'utente e la possibilità di rispondere ai bisogni del soggetto attraverso servizi alternativi all'ADI;**
- altra documentazione ritenuta idonea _____.**

Data: _____

Firma

CONSENSO INFORMATO E AUTORIZZATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a: _____, acquisite le informazioni fornite ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003,

PRESTA IL SUO CONSENSO

NEGA IL SUO CONSENSO

al trattamento ed alla comunicazione dei dati relativi al presente atto ed alle attività ad esso connesse.

Inoltre, consapevole che i dati personali e ogni tipo di informazione sulla persona verrà trattata secondo quanto previsto dal D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003.

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

il trattamento dei dati relativi alla persona.

Data: _____

Firma



Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che:

- a) il servizio di "Assistenza Domiciliare per persone Anziane (SAD)" prevede l'erogazione, solo ed esclusivamente, di una o più delle "prestazioni sociali" riportate in forma sintetica nell'ultimo foglio della presente domanda;
- b) l'assegnazione del numero di ore settimanali è determinato da valutazione professionale dell'Assistente Sociale sulla base delle esigenze dell'utente emerse nella scheda di valutazione del bisogno socio-assistenziale e nel limite massimo di 12 ore settimanali;
- c) il servizio non viene attivato nel caso in cui dalla valutazione professionale dell'Assistente Sociale competente emerga che il potenziale utente sia già "ben assistito";
- d) il servizio viene di norma erogato presso il domicilio dell'utente nei giorni feriali, tra le ore 8 e le ore 20;
- e) l'utente, o un suo delegato, è tenuto a comunicare all'Ufficio di Piano, con congruo anticipo, eventuali assenze dal proprio domicilio che possano ostare la corretta erogazione del servizio;
- t) in caso di assenze dal proprio domicilio protratte fino al limite massimo di una settimana, e non comunicate con congruo anticipo all'UdP, lo stesso si riserva la possibilità di sospendere e/o interrompere l'erogazione del servizio;
- g) ove risultino eventualmente superate le condizioni di bisogno che avevano determinato l'ammissione al Servizio, si procede alla sospensione e/o interruzione delle prestazioni assistenziali;
- h) in caso di presentazione di un numero di richieste elevato rispetto alla copertura economica di cui alla relativa programmazione d'Ambito, l'UdP si riserva di sospendere e/o interrompere l'ammissione delle richieste alla fruizione del servizio, con predisposizione di elenco di attesa nelle more della creazione di ulteriori disponibilità a scorrimento;
- i) la fruizione del Servizio è connessa al pagamento di una compartecipazione a carico dell'utente, calcolata in riferimento alla Attestazione ISEE presentata in allegato alla domanda, qualora si superi il valore ISEE di 10.554,34 euro, mentre, è a totale carico dell'utente qualora si superi il valore di 28.694,60 euro. La determinazione dell'ammontare di compartecipazione avviene in base a quanto fissato dal Regolamento di disciplina dei criteri e delle modalità organizzative per la erogazione dei servizi, l'accesso prioritario, la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi (art. 10, comma 2, lett. e), punto 2), L.R. 11/2007), approvato dal Coordinamento Istituzionale dell'Ambito Territoriale Sociale A04 con propria delibera n. 6/2017;
- l) con l'avvio presso l'utente del Servizio relativo alla presente domanda, si intende accettato l'ammontare dell'eventuale compartecipazione a carico dello stesso utente, essendo a conoscenza del Regolamento che ne disciplina per il calcolo e che il mancato pagamento comporta l'interruzione del Servizio;
- m) il pagamento dell'eventuale quota di compartecipazione al servizio deve essere effettuato entro 30 (trenta) giorni dall'invio al domicilio dell'utente del relativo importo da pagare. L'Ufficio di Piano si riserva, trascorsa la data di scadenza riportata sulla distinta delle prestazioni erogate senza che l'utente abbia provveduto al pagamento, di inviare nota di sollecito e, trascorsi ulteriori 15 (quindici) giorni dall'invio della nota di sollecito, senza che l'utente abbia provveduto al pagamento, provvederà ad interrompere l'erogazione del servizio, inviando apposita nota;
- n) la presentazione della domanda comporta l'accettazione incondizionata delle disposizioni fissate dall'UdP relative alla modalità di svolgimento del servizio, nonché una buona conoscenza di tutte le disposizioni regolamentari vigenti.

Luogo e data, _____

FIRMA

Prestazioni sociali erogabili nel Servizio di Assistenza Domiciliare per persone Anziane sulla base del Progetto Sociale individualizzato dell'Assistente Sociale:

Area cura della casa/prestazioni domestiche: spesa e preparazione pasti; igiene casa ordinaria e straordinaria; lavaggio, stiratura e riordino della biancheria.

Area disbrigo pratiche/accompagnamenti/aiuti economici/vigilanza: accompagnamento per pratiche socio-assistenziali, svolgimento commissioni; sostegno per fornitura o acquisto, su richiesta, alimenti, indumenti, ausili, etc.; vigilanza e compagnia; telefonia sociale; accompagnamento semplice, breve o lungo, per la vita di relazione e nell'accesso ai servizi; accompagnamento senza trasporto, breve o lungo, per esigenze sanitarie, visite mediche, accertamenti diagnostici; telesoccorso e telecontrollo.

Area assistenza tutelare e aiuto infermieristico: alzata, igiene orale, rifacimento letto e cambio biancheria; igiene intima; lavaggio capelli; igiene piedi; bagno; rimessa a letto; mobilitazione passiva semplice e a letto; deambulazione assistita; preparazione e aiuto assunzione pasti; vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione per MMG; controllo stato soggettivo registrazione per MMG; somministrazione farmaci per orale e registrazione per MMG; piccole medicazioni, prevenzione piaghe; controllo parametri vitali e indici corporei con apparecchi sanitari e registrazione per MMG; prevenzione incidenti domestici.

N.B. Non risulta possibile l'erogazione di "prestazioni sociali" non incluse nell'elenco su riportato.