



AMBITO TERRITORIALE n. 6



Grottaglie - Carosino - Foggiano - Leporano - Monteiasi - Montemesola - Monteparano - Pulsano - Roccaforzata - San Giorgio Jonico - San Marzano di San Giuseppe - ASL TA/Distretto Socio-Sanitario n. 6

AMBITO TERRITORIALE n. 6

Ufficio di Piano

Comune capofila di Grottaglie

(per il tramite dei Servizi Sociali dei Comuni d'Ambito)

ISTANZA DI ACCESSO SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)

Il/la sottoscritto/a _____

al fine di poter usufruire, ai sensi della Legge regionale n. 19/2006, del Regolamento di attuazione n. 4/2007 e ss.mm.ii. e del Regolamento d'Ambito approvato con deliberazione del C.I. n. 18/2015, disciplinante criteri e modalità di accesso e di fruizione ai Servizi di assistenza domiciliare,

CHIEDE

per se stesso

in qualità di familiare, persona di riferimento, amministratore di sostegno, tutore giuridico di _____ nato/a _____

il _____ e residente a _____ in via _____

telefono _____ codice fiscale _____

la prestazione di cui all'oggetto (SAD)

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole del fatto che in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art. 76 del citato decreto, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti

di essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____ residente

a _____ in via _____ telefono n.

_____ codice fiscale n. _____

A tal fine si riportano nel seguito gli elementi utili per la valutazione della domanda da parte del Servizio Sociale Professionale competente e della formulazione della graduatoria da parte dell'Ufficio di Piano.

QUADRO A - Condizioni psico-fisiche

portatore di handicap (legge 104/92 art.3) _____

inabilità parziale _____

inabilità totale _____

tipologia di intervento richiesto _____

QUADRO B - Nucleo familiare

Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento regionale n. 4/2007 e s.m.i., il nucleo familiare è composto dal beneficiario la prestazione sociale, dai componenti la famiglia anagrafica di cui all'art. 4 del DPR 30 maggio 1989 n. 223 e dai soggetti considerati a carico del richiedente ai fini IRPEF, anche se non conviventi. Per le donne coniugate o vedove occorre indicare il cognome da nubile.

<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
<i>N</i>	<i>Codice Fiscale</i>	<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Data di nascita</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI AL COSTO DEL SERVIZIO

Trattandosi di servizi a domanda individuale, è prevista la compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, diversificata in base alla situazione economica equivalente (ISEE) del

nucleo familiare dell'utente, come definito dalle disposizioni introdotte dal DPCM n. 159/2013 e recepite dal R.R. n. 4/2007 e s.m.i..

Le quote di compartecipazione degli utenti, in relazione ad ogni ora di servizio erogato, sono state fissate per il corrente anno 2015 con deliberazione del C.F. n. 20 dell'11.6.2015, come di seguito indicato:

<u>ISEE</u>	<u>COMPARTICIPAZIONE ORARIA</u>
- Da € 0 a € 15.000,00	Esenzione
- Da € 15.001,00 a € 25.000,00	€ 2,00 all'ora
- Oltre € 25.001,00	€ 3,00 all'ora

Si specifica che:

- la mancata presentazione della certificazione (o autocertificazione) ISEE determina l'applicazione della quota massima;
- in caso di ammissione al servizio di più componenti dello stesso nucleo familiare, la quota di compartecipazione sarà determinata in rapporto alla condizione di ciascun componente con una riduzione del 30% sulla compartecipazione complessiva dovuta;
- la misura della contribuzione oraria viene notificata all'utente al momento della comunicazione di ammissione al servizio e da questi sottoscritta per accettazione;
- la quota di compartecipazione in base alle ore di servizio fruito dovrà essere versata mensilmente, con bollettino postale, al Comune capofila entro il mese successivo alla fruizione del servizio.

Si allega alla presente domanda:

- a) copia fotostatica non autenticata del documento di riconoscimento dell'utente e del sottoscrittore richiedente;
- b) eventuale certificazione attestante invalidità;
- c) eventuale certificazione attestante Legge 104/92;
- d) attestazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente), conforme alle disposizioni di cui al DPCM n. 159/2013 recepite dal R.R. n. 4/2007 così come modificato con R.R. n. 11/2015.

Il sottoscritto autorizza l'Ambito Territoriale al trattamento dei dati personali esclusivamente per la presente richiesta ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i..

(Luogo e data)

Firma del richiedente