



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4
CASTELTERMINI (AG) capofila**

Ambito territoriale Cammarata - Casteltermini - San Giovanni Gemini

All'Ufficio di Servizio Sociale del Comune

di _____

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI (SAD)

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente in Via _____ n. _____

C.F. _____ tel. _____ (campo obbligatorio).

CHIEDE

☐ Per se stesso

☐ Per il familiare Nome e Cognome _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

via _____ C.F. _____

di accedere all'erogazione dei **servizi di Assistenza Domiciliare Anziani (SAD)** presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario D4, previsti nell'implementazione del Piano di Zona 2013/15 finanziati con la L.328/2000, mediante voucher di servizio utilizzabile unicamente presso gli Enti accreditati e iscritti all'Albo Distrettuale – sezione anziani.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 e del DPR n.445 del 28/02/2000 e s.m.i.

DICHIARA

☐ di essere cittadino/a italiano;

☐ di essere residente nel Comune di _____;

☐ di aver preso visione e di accettare il Bando per l'erogazione del Voucher (Buoni di Servizio) per i servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario D4;

di essere:

☐ celibe/nubile

☐ vedovo/a

☐ separato/a

☐ divorziato/a

☐ coniugato/a con _____

Di essere titolare di pensione _____ Categoria _____ dell'importo di

€ _____ vanno indicate tutte le pensioni percepite : es. vecchiaia, invalidità, reversibilità, pensioni di guerra, assegni vitalizi, rendite anche se erogate da stati esteri, pensioni sociali, indennità di accompagnamento

Che i componenti del nucleo familiare del beneficiario sono:

COGNOME E NOME	GRADO PARENTELA	ETA'	PROFESSIONE	LUOGO DI RESIDENZA

Allegati:

- D.S.U. (Dichiarazione Sostitutiva Unica) corredata da attestazione ISEE, in corso di validità;
- Dichiarazione del medico curante (allegato A);
- Fotocopia del documento di identità e Codice Fiscale e/o Tessera Sanitaria dell'anziano e/o del familiare;
- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni del nucleo convivente con l'utente.

_____ li _____

IL RICHIEDENTE/ DICHIARANTE

Formula di acquisizione al consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali

Il /la sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dagli Enti titolari del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Regione e Comune), con la firma apposta alla presente scheda informativa, attesta il proprio consenso affinché i titolari procedano ai trattamenti dei dati personali per le finalità specifiche dell'intervento di cui alla presente domanda.

_____ Li _____

IL RICHIEDENTE

Dichiarazione da inserire nell'istanza per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare anziani, redatto e sottoscritto dal medico curante

Si certifica che il/la sig./sig.ra _____

Nato/a _____ il _____ soffre delle seguenti patologie:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____

Si certifica inoltre che le suddette patologie comportano la condizione di :

- ☐ non autosufficienza parziale
- ☐ non autosufficienza temporanea
- ☐ non autosufficienza totale

(luogo e data)

(timbro e firma del medico)