All. B

#### Domanda di attivazione del servizio di:ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)

Il/la sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod Fiscale. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*In qualità di:* Diretto interessato □ - Coniuge □ - Figlio □ - Fratello □ - Altro □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE:**

# L’ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (S.A.D.)

**□ per se stesso** *(se diretto interessato)*

*oppure*

**□ per il/la Sig./Sig.ra** Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod Fiscale. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA, a tal fine,**

**ai sensi e per gli effetti degli artt.38 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445 e consapevole delle conseguenze**

**anche penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dagli artt.75 e 76 del medesimo DPR,**

che la persona per cui si chiede assistenza attualmente si trova:

* □ *presso la propria residenza o domicilio (come indicato sopra)*
* *□ ricovero presso ……………………………………………………………..…............………..*
* *□ in ospitalità temporanea presso………………………………………………………………............…*
* *□ altro ………………………………………………………………………………………………................*
  + che il medico curante è il Dott ……………………………………………………………………………………
  + che il tipo di intervento richiesto è il seguente: ……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

* di avere preso visione del vigente regolamento del SAD e di accettare le tariffe ivi previste correlate all’ISEE in corso di validità.

**L’ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI SOLLIEVO** previsto all’art. 14 del vigente regolamento del SAD, consistente in n. 2 ore settimanali di assistenza domiciliare con costi a totale carico di questo Ente

**□ per il/la Sig./Sig.ra** Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod Fiscale. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA, a tal fine**

**ai sensi e per gli effetti degli artt.38 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445 e consapevole delle conseguenze**

**anche penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dagli artt.75 e 76 del medesimo DPR,**

che la persona per cui si chiede assistenza attualmente si trova:

* □ *presso la propria residenza o domicilio (come indicato sopra)*
* *□ ricovero presso ……………………………………………………………………………………………..*
* *□ in ospitalità temporanea presso …………………………………………………………............………….*
* *□ altro …………………………………………………………………………………………………................*
* che la persona per cui si chiede assistenza è stata riconosciuta dalla competente commissione sanitaria in condizione di disabilità gravissima ai sensi dell’art. 3 c. 2 del D.M. 26.09.2016 o è comunque in possesso di certificazione medica specialistica attestante la sussistenza di almeno una delle condizioni dalla lettera a) alla lettera i) indicate all’art. 3 c. 2 del suddetto D.M.
* di essere impegnato nell’assistenza diretta e continua della suddetta persona;
  + che il medico curante è il Dott ………………………………………………………………………………………
  + che il tipo di intervento richiesto è il seguente: …………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………

* di avere preso visione del vigente regolamento del SAD.

**INFORMATIVA (ai sensi dell’art. 13 del Decreto L.gs.vo 30.06.03 n. 196)**

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento è il Comune di Appignano P.za Umberto I, 13.

I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure relative alla Sua richiesta e potranno essere comunicati ad incaricati del Comune di Appignano. Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non renderà possibile l’evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all’art. 7 deld.lgs 196/03 che potrà esercitare presso l’indirizzo del Titolare.

Letta e compresa l’informativa sopra riportata dò il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalità indicate.

o acconsento

o non acconsento

Appignano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)

ALLEGATI DOMANDA SAD:

□DICHIARAZIONE I.S.E.E. ORDINARIO O SOCIO-SANITARIO;

□CERTIFICAZIONE SANITARIA (eventuale);

□COPIA DEL CERTIFICATO DI INVALIDITA’ O RICEVUTA DI TRASMISSIONE DELLA RELATIVA ISTANZA;

□RICONOSCIMENTO HANDICAP AI SENSI DELL’ART.3 C. 3 L. 104/92;

□FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA’;

□ALTRA DOCUMENTAZIONE UTILE AI FINI DELLA VALUTAZIONE ……………………………………………………………

ALLEGATI DOMANDA SERVIZIO DI SOLLIEVO:

□CERTIFICAZIONE DI RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITA’ GRAVISSIMA AI SENSI DELL’ART. 3 C. 2 DEL D.M. 26.09.2016 O CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA ATTESTANTE LA SUSSISTENZA DI ALMENO UNA DELLE CONDIZIONI DALLA LETTERA A) ALLA LETTERA I) INDICATE ALL’ART. 3 C. 2 DEL SUDDETTO D.M.

□ FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA’

**IL DIPENDENTE RICEVENTE IL RICHIEDENTE – DICHIARANTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ai fini dell’autentica, sottoscrivere in presenza del dipendente ricevente o sottoscrivere e allegare copia di un documento di identità)