



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI MONTALTO UFFUGO -

UFFICIO DI PIANO

MODELLO DI DOMANDA

**ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE (SAD)
QSFP – ANNUALITÀ 2023 – CUP H19G25000180001**

ALL'UFFICIO PROTOCOLLO DEL COMUNE DI _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, C.F. _____, residente in _____,
via/piazza _____ n. _____, tel. _____,
e-mail/PEC _____

CHIEDE

l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale (SAD):

☐ per sé stesso/a

☐ per il/la Sig./Sig.ra _____, in qualità di _____,
nato/a a _____ il _____, C.F. _____,
residente in _____.

DICHIARA, AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

- che il beneficiario risiede in uno dei Comuni dell'ATS di Montalto Uffugo e vive presso il proprio domicilio;
- che il beneficiario non è stabilmente ospitato in struttura residenziale;
- che sussiste un bisogno di assistenza domiciliare connesso a ridotta autonomia, fragilità personale/sociale, difficoltà nelle attività quotidiane o insufficienza della rete di sostegno;
- di essere beneficiario dell'Assegno di Inclusione (AdI): ☐ SÌ ☐ NO;
- se NON beneficiario AdI, di possedere attestazione ISEE in corso di validità pari a euro _____ e comunque non superiore a euro 10.140,00;
- di essere disponibile alla valutazione del Servizio Sociale Professionale e alla definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);



- di essere consapevole che il servizio è gratuito, non dà diritto a somme di denaro e comprende esclusivamente le prestazioni SAD autorizzate nel PAI;
- di fruire dei seguenti altri servizi/benefici pubblici connessi all'assistenza:
_____ ☐ nessuno;
- di essere consapevole che non è ammessa la duplicazione, sulle medesime ore o per le medesime prestazioni, di interventi già finanziati con altre risorse pubbliche;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione rilevante della situazione personale, familiare, economica o assistenziale.

CONDIZIONE DI AUTONOMIA / DISABILITÀ

- ☐ invalidità 100% con indennità di accompagnamento
- ☐ handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, L. 104/1992
- ☐ invalidità civile dal 74% al 100%
- ☐ handicap ex art. 3, comma 1, L. 104/1992
- ☐ ridotta autonomia rilevante, documentata o da accertare in sede di valutazione sociale
- ☐ nessuna delle precedenti certificazioni

CONDIZIONE FAMILIARE E RETE DI SUPPORTO

- ☐ vive solo/a, senza rete familiare concretamente disponibile
- ☐ convive esclusivamente con persona non autosufficiente o gravemente fragile
- ☐ vive solo/a con familiari stabilmente residenti fuori provincia
- ☐ vive solo/a con familiari residenti fuori Comune e non concretamente disponibili alla cura
- ☐ convive con coniuge autosufficiente ma con rete di sostegno esterna insufficiente
- ☐ vive solo/a con familiari residenti nel Comune ma con limitata capacità di supporto
- ☐ convive con familiari autosufficienti che assicurano supporto parziale
- ☐ convive con rete familiare adeguata e stabilmente disponibile

Note sulla rete familiare:

BISOGNI DOMICILIARI SEGNALATI

- ☐ cura e igiene personale non sanitaria
- ☐ alzata/messa a letto e vestizione
- ☐ preparazione e/o assunzione dei pasti



- ☐ mobilità/deambulazione e uso ordinario di ausili
- ☐ attività quotidiane e mantenimento delle autonomie residue
- ☐ governo essenziale dell'alloggio e biancheria
- ☐ acquisto beni di prima necessità/piccole commissioni
- ☐ accompagnamento essenziale previsto dal PAI
- ☐ compagnia e sostegno relazionale al domicilio
- ☐ supporto/sollievo alla famiglia o caregiver

La presente indicazione ha carattere informativo. Le prestazioni effettivamente erogabili e il relativo monte ore sono definiti esclusivamente dal Servizio Sociale Professionale nel PAI.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ documento di identità del richiedente e, se diverso, del beneficiario;
- ☐ documentazione attestante la titolarità dell'Assegno di Inclusione, ove pertinente;
- ☐ attestazione ISEE in corso di validità non superiore a euro 10.140,00, per i non beneficiari AdI;
- ☐ eventuale verbale di invalidità civile;
- ☐ eventuale verbale L. 104/1992;
- ☐ eventuale documentazione utile alla valutazione socio-assistenziale;
- ☐ eventuale provvedimento di nomina del tutore/amministratore di sostegno o delega.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e prende atto che i dati saranno trattati per le finalità istituzionali connesse al procedimento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Luogo e data _____ Firma _____



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI MONTALTO UFFUGO

UFFICIO DI PIANO

SCELTA DELL'ENTE ACCREDITATO PER L'EROGAZIONE DEL SAD

Il/La sottoscritto/a _____, beneficiario/a del servizio
ovvero in qualità di _____ del/della Sig./Sig.ra
_____.

SCEGLIE

quale soggetto erogatore del Servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale, tra gli enti iscritti nell'Albo vigente dell'ATS di Montalto Uffugo:

- **Adiss Multi service- Società Cooperativa**
- **Lumen Cooperativa A.R.L.**
- **V.P.B. Società cooperativa sociale**
- **Aquilone Cooperativa Sociale**
- **Leib Società Cooperativa**
- **F.A.I. Società Cooperativa Sociale**
- **Futura cooperativa sociale**
- **Vibosalus cooperativa sociale**
- **Siryo Cooperativa Sociale**
- **Socialnet Cooperativa Sociale**
- **Sinergie Cooperativa Sociale**
- **San Biagio Società Cooperativa Sociale Onlus**
- **Con Paola ets**

La scelta è libera e diviene efficace a seguito dell'ammissione al servizio e dell'approvazione del PAI. Il voucher è nominativo, non trasferibile e non monetizzabile e può essere utilizzato esclusivamente per le prestazioni SAD e il monte ore autorizzati.

Luogo e data _____ Firma _____