*B - C - 2 - MODELLO DI DOMANDA PER L’AMMISSIONE AL SERVIZIO*

 All’Ambito N13 – Ufficio di Piano - COMUNE ISCHIA – CAPOFILA

 Per il tramite del COMUNE DI ………………………. ANTENNA/SERVIZIO SOCIALE

DOMANDA PER L’AMMISSIONE Al SERVIZI:

* □ PER L’AUTONOMIA E L’INTEGRAZIONE SOCIALE DELLA PERSONA DISABI­LE ai sensi della L. 104/82; L. 162/38 (SAD-H)
* □ SERVIZIO PER L’AUTONOMIA E L’INTEGRAZIONE SOCIALE DELLA PERSO­NA ANZIANA (SAD-A)

Il/La sottoscritto/a

In qualità di:

* se stesso □ genitore □ figlio □ tutore □ coniuge
* amministratore di sostegno .
* altro (specificare il tipo di rapporto)

Nato/a a (prov ) il residente in

…………………………. via/piazza n cap

Tel. ………………………………………

CHIEDE

□ l’attivazione del S.AD - H □ TRAMITE VOUCHER DA SPENDERE PRESSO FORNITORI DELL’ELENCO/REGISTRO DI AMBITO

□ l’attivazione del S.AD - A □ TRAMITE VOUCHER DA SPENDERE PRESSO FORNITORI DELL’ELENCO/REGISTRO DI AMBITO

□ Assistenza domiciliare - H □ - A □ in forma indiretta (L. 162/98) (l'assistenza indiretta, in seguito ad autorizzazione da parte del Servizio Sociale Professionale laddove sussiste la prevalenza nel Piano - di intervento/di attività legati al "superamento degli stati di non autosufficienza" - Art. 39 comma 2 lett. 1-ter Legge 104/92-), per il cui calcolo del beneficio economico saranno utilizzati i criteri e il livello di intensità delle Linee guida sul funzionamento del sistema operativo di svolgimento dei "Servizi assistenza/autonomia ai portatori di handicap e agli anziani”, detratto degli oneri fiscali (IVA) e degli oneri gestionali.

a favore di …………………………………………………………………………………………

nato a …………………………………… prov. ………….. il ………………………………..

residente in ……………………………………………………………………… prov.….…….

alla via ………………………………………………………………………….. n. …………

A tal fine DICHIARA (art. 2,3,4 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 D.P.R. 20 ottobre 1998 n. 403) che il nucleo familiare della persona che usufruirà del servizio è com­posto da:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cognome | Nome | Tipo di rapporto | Data di nascita |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

Allega la seguente documentazione: per il SAD-A

□ Fotocopia certificato di invalidità riconoscimento 100% ;

□ Attestazione Medico Medicina Generale che l'anziano si trova in uno stato di non autosufficienza non particolarmente grave, tale da richiedere una prestazione di carattere socio-assistenziale domiciliare

* Fotocopia della certificazione attestante il riconoscimento persona con disabili­tà (legge 104/92 art. 3 comma 3);

□ Dichiarazione Sostitutiva Unica e relativa attestazione ISEE ordinario vigente;

* Qualora la domanda è inoltrata da persona che non sia legata da rapporto di parentela è necessario allegare: □ delega

□ Fotocopia del documento d’identità dell’interessato e di chi presenta la do­manda

Allega la seguente documentazione: per il SAD-H

□ Fotocopia della certificazione attestante il riconoscimento persona con disabili­tà (legge 104/92 art. 3 comma 3);

* Fotocopia certificato di invalidità riconoscimento 100%,

□ Dichiarazione Sostitutiva Unica e relativa attestazione ISEE ordinario vigente;

* Qualora la domanda è inoltrata da persona che non sia legata da rapporto di parentela è necessario allegare: □ delega

□ Fotocopia del documento d’identità dell’interessato e di chi presenta la do­manda

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la personale responsabilità (art. 26 L. 4/1/1968, n. 15)

…………., ................ Firma................................................

Esente da autentica di firma ai sensi art. 3 comma 10 legge 127/97 ed esente da imposta di bollo ai sensi art. 14 Tab. B.D.P.R. 642/72.

Informativa ai sensi dell’art. 13 del DLgs. 30/06/03 n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Si autorizza l’utilizzo dei dati personali

 ………….,................ Firma................................................

AVVERTENZA: il Dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti qualora vengano accertate dichiarazioni non veritiere.