**DOMANDA PER L’AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA**

**DOMICILIARE (SAD)**

**Al Responsabile Servizio Sociale**

**Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. civico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

* □ per se stesso
* □ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del/della sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l’ammissione al **Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale (SAD):**

nei giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

per numero ore settimanali\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Tipologia di prestazioni richieste:

* cura e igiene della persona;
* prestazioni di tipo domestico;
* prestazioni di tipo socio assistenziale;
* altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000), con riferimento alla persona

destinataria della prestazione sociale, quanto segue:

Composizione del nucleo familiare del destinatario del servizio:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | LUOGO E DATA NASCITA | RAPPORTO PARENTELA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* il valore ISEE del nucleo familiare in corso di validità è pari a euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere invalido civile al 100%
* di essere beneficiario di indennità di accompagnamento;
* di essere dichiarato persona con handicap di particolare gravità di cui all’art. 3 comma 3 Legge 104/92;
* persona con ridotta autonomia per disturbi del comportamento, per marginalità sociale e per handicap psichico lieve, su indicazione del competente servizio dell’asl;
* anziano ultra sessantacinquenne parzialmente autosufficiente in condizione di disagio psichico, fisico o materiale, con necessità di tutela sociale, privo di rete familiare;
* di aver preso visione delle quote di compartecipazione, per fasce ISEE, specificate nella seguente tabella:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Valore ISEE** | **Tariffa oraria** |
| **I fascia** | Da euro 0 a euro 2.000 | Esente |
| **II fascia** | Da euro 2.001,00 a euro 5.000,00 | 1,83 euro l’ora |
| **III fascia** | Da euro 5.001,00 a euro 10.000,00 | 3,66 euro l’ora |
| **IV fascia** | Da euro 10.001,00 a euro 15.000,00 | 5,50 euro l’ora |
| **V fascia** | Da euro 15.001,00 a euro 20.000,00 | 7,33 euro l’ora |
| **VI fascia** | Da euro 20.001,00 a euro 25.000,00 | 9,16 euro l’ora |
| **VII fascia** | Da euro 25.001,00 a euro 30.000,00 | 10,99 euro l’ora |
| **VIII fascia** | Da euro 30.001,00 a euro 35.000,00 | 12,82 euro l’ora |
| **IX fascia** | Da euro 35.001,00 a euro 40.000,00 | 14,66 euro l’ora |

**SI IMPEGNA**

* al versamento della quota massima in caso di mancata consegna dell'ISEE;
* al versamento della quota a suo carico di euro \_\_\_\_\_\_\_\_ l’ora;
* a versare la quota di compartecipazione prevista, bimestralmente, mediante versamento bancario da effettuarsi sul conto della tesoreria del Comune di Campi Salentina al seguente : **IBAN: IT18F0526279748T20990001234 - Banca Popolare Pugliese,** specificando la causale: “Quota SAD mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”;
* a produrre all'Ufficio Servizi Sociale del Comune di residenza copia dell'avvenuto versamento.

**Allega:**

* attestazione ISEE in corso di validità;
* copia documento di identità del richiedente e del destinatario del servizio;
* Verbale della Commissione Sanitaria/Certificazione medica (invalidità civile, L. 104/92, ecc.);

Autorizza al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di attivazione del servizio in parola, ai sensi del Reg. 2016/679/UE.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del/la richiedente (per esteso e leggibile)