



Comune di Ginosa



Comune di Laterza



Regione Puglia



Comune di Castellaneta



Comune di Palagianello

**AMBITO TERRITORIALE N.1
Ginosa-Laterza-Castellaneta-Palagianello-A.S.L. TA/1**

**All'Ufficio di Piano
dell'Ambito Territoriale di Ginosa**

**DOMANDA DI ACCESSO
AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (S.A.D.)**

Il sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
prov.(_____) il _____ Residente a _____ CAP _____
in Via _____ n. ____ tel. _____
cod. fiscale _____

oppure

il rappresentante legale _____ Nato/a a _____
prov. (_____) il _____ Residente a _____ CAP _____
in Via _____ n. ____ tel. _____
cod. fiscale _____

- familiare (specificare _____);
- rete informale (specificare se conoscente, amico _____);
- tutore;
- curatore;
- amministratore di sostegno;
- persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (ART.4 DPR 445/2000).

in nome e per conto

del/la signore/a _____ Nato/a a _____
prov. (_____) il _____ Residente a _____ CAP _____
in Via _____ n. ____ tel. _____
cod. Fiscale _____

CHIEDE:

la valutazione - **la rivalutazione**

Per il seguente intervento/servizio/struttura: **SERVIZIO S.A.D. (Assistenza Domiciliare)**



Comune di Ginosà



Comune di Laterza



Regione Puglia



Comune di Castellana



Comune di Palagianello

AMBITO TERRITORIALE N.1

Ginosà-Laterza-Castellaneta-Palagianello-A.S.L. TA/1

O.S.S. - DOMESTICO (O.S.A.)

Al riguardo, allega la seguente documentazione (selezionare la documentazione presentata):

- Fotocopia del documento di identità di validità del beneficiario e del richiedente se diverso;
- Invalidità civile
- Altra documentazione (indicare) _

il diretto interessato/chi ne fa le veci DICHIARA, sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000) di aver preso visione e accettato in tutte le sue parti, senza riserva alcuna, l'Avviso Pubblico che regola l'attivazione del servizio in oggetto e di trovarsi nella seguente condizione (barrare):

a) composizione del nucleo familiare:

- presenza di 3 o più familiari conviventi;
- presenza di 2 familiari conviventi;
- presenza di 1 solo familiare convivente;
- persona sola;
- presenza persona non idonea;

b) disponibilità di una rete parentale:

- presenza di almeno 2 familiari nella possibilità di prestare assistenza;
- presenza di 1 familiare nella possibilità di prestare assistenza;
- persona senza rete familiare;

c) percentuale invalidità under 65enni:

- Percentuale invalidità inferiore a 74%
- Percentuale invalidità tra il 75 % e 85 %
- Percentuale invalidità tra il 86 % e 100 %

d) non beneficiario di altri servizi domiciliari

f) dislocazione nel territorio dell'immobile di residenza rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)



Comune di Ginosa



Comune di Laterza



Comune di Castellana



Comune di Palagianello

**AMBITO TERRITORIALE N.1
Ginosa-Laterza-Castellaneta-Palagianello-A.S.L. TA/1**

- servita
- poco servita
- isolata

a) Attestazione ISEE

- di possedere una Attestazione ISEE in corso di validità alla data di presentazione della presente domanda;

Valore ISEE del richiedente: € _____

Lì, _____

Firma del diretto interessato/chi ne fa le veci

—

Autorizza

Il trattamento dei propri dati ai sensi del T. U. sulla privacy D. Lgs n. 196/2003, d. Lgs. n. 101/2018 e del Regolamento U.E. 2016/679; il trattamento dei propri dati per scopi di ricerca statistica e scientifica; la ASL BT a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Comune, Provincia, Regione, Distretti S.S.) i dati strettamente necessari per la soluzione di specifici problemi sociosanitari che riguardano l'interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di assistito presso strutture/servizi, il Comune di residenza, l'Ambito Territoriale e/o la PUA, nonché gli altri Servizi per cui si è presentata richiesta di accesso, a utilizzare in formato cartaceo o con supporto informatizzato i dati personali ai soli fini connessi alla presente richiesta.

Firma del diretto interessato/chi ne fa le veci _____