



COMUNE DI SASSARI
Settore Politiche, Servizi e Coesione Sociale

MODULO DOMANDA SERVIZI ASSISTENZA DOMICILIARI ACCREDITATI

Prot. n° _____ del ____/____/____

AL DIRIGENTE DEL SETTORE
POLITICHE, SERVIZI E COESIONE SOCIALE
COMUNE DI SASSARI

Il/La sottoscritt _____ nat__ a _____
il ____/____/____, residente a _____ in Via/_____
_____ n° _____, codice fiscale _____,
domiciliat__ a _____ in Via/_____
n° _____,
tel. _____, cell. _____,
e-mail _____@_____, PEC _____@_____

CHIEDE

- per sé**
 per la persona di seguito indicata:

(Cognome e Nome) _____ nat__ a _____
il ____/____/____, residente a _____ in Via/_____
_____ n° _____, codice fiscale _____,
domiciliat__ a _____ in Via/_____
n° _____,
tel. _____, cell. _____,
e-mail _____@_____, PEC _____@_____

in qualità di: *familiare di riferimento (indicare il rapporto):* _____

rappresentante legale (amministratore di sostegno/tutore)

titolare della responsabilità genitoriale

- L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)**
 LA RIVALUTAZIONE della situazione di bisogno (per i destinatari già in lista d'attesa per il SAD)
 L'INTEGRAZIONE del monte ore settimanale (per i destinatari già beneficiari del SAD)



COMUNE DI SASSARI

Settore Politiche, Servizi e Coesione Sociale

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA¹

la corrispondenza dell'attestazione ISEE *ordinario/per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria* alla situazione del destinatario del SAD, nel rispetto dei parametri previsti dalla normativa di riferimento (art. 6 del DPCM n. 159/2013) ed il cui importo è il seguente:

€ _____;

di essere informato sulla condizione che stabilisce, in caso di mancata presentazione dell'attestazione ISEE, l'applicazione della quota massima di contribuzione prevista a carico del beneficiario dell'intervento, pari al 100% del costo del servizio;

INFORMA

a) che il destinatario dell'intervento usufruisce di altre forme di assistenza quali:

CDI (*Cure Domiciliari Integrate*)

Piano L. 162

HCP

Centro diurno integrato

altro (*indicare Ente/Servizio di riferimento*) _____

b) che il destinatario dell'intervento è stato riconosciuto portatore di handicap: Sì No
in situazione di gravità, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92: Sì No

c) che il destinatario dell'intervento è stato riconosciuto invalido: Sì (_____%) No

d) che il destinatario dell'intervento è titolare di indennità di accompagnamento: Sì No

e) che i dati relativi al Medico di Famiglia del destinatario dell'intervento sono i seguenti:

Dott./Dott.ssa _____, indirizzo ambulatorio
_____, Recapiti (tel./cell./e-mail)

DICHIARA, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e di averne recepito i contenuti, pertanto esprime il consenso manifestamente ed inequivocabilmente al trattamento dei dati personali forniti, inclusi quelli considerati come "*categorie particolari di dati*", con le modalità indicate nell'informativa.

Sassari, lì ____ / ____ / _____

IL DICHIARANTE²

SI ALLEGA ALLA PRESENTE (se non già in possesso del Settore):

¹ Il Comune di Sassari si riserva di effettuare verifiche sulle dichiarazioni rese nella presente domanda e di segnalare eventuali difformità alle autorità competenti.

² Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 le istanze e le dichiarazioni da produrre agli organi dell'Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e inviate all'Ufficio competente, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, tramite incaricato o via fax o a mezzo posta/e-mail/PEC.



COMUNE DI SASSARI
Settore Politiche, Servizi e Coesione Sociale

- attestazione ISEE in corso di validità;
- copia, se in possesso, del verbale rilasciato dalla competente Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap (**L. 104/92**);
- copia, se in possesso, del verbale rilasciato dalla competente Commissione Medica per l'accertamento dell'**invalidità**;
- copia, se in possesso, di **documentazione sanitaria recente** attestante la/e patologia/e e le condizioni psico-fisiche in cui la persona si trova;
- copia del **provvedimento del Tribunale di nomina di amministratore di sostegno/tutore** (se presente, da allegare obbligatoriamente);
- copia del documento di identità del richiedente e, se persona diversa, del destinatario.