



Ambito Territoriale Sociale  
di Gioia del Colle, Casamassima, Turi e Sammichele di Bari  
Ufficio di Piano

**UFFICIO SERVIZIO SOCIALI**

COMUNE DI \_\_\_\_\_

**UFFICIO DI PIANO**

**AMBITO DI GIOIA DEL COLLE**

**DOMANDA DI ACCESSO**

**ALLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla via/piazza/vico

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_,

(eventualmente) in qualità di \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ ( )

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, C. F. \_\_\_\_\_

domiciliato presso \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_, indirizzo mail \_\_\_\_\_

**PRESTAZIONI SANITARIE GIA' IN ATTO**    **SI** ☐    **NO** ☐

Medico di Medicina Generale (MMG) \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

☐ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

di accedere alle prestazioni del **Servizio di Assistenza Domiciliare socio - assistenziale**.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

### DICHIARA CHE

la composizione del nucleo familiare convivente col beneficiario delle prestazioni è la seguente:

N.	Cognome e nome	Grado di parentela	Data di nascita
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

#### CONDIZIONI DI SALUTE

il richiedente il servizio versa in una delle seguenti condizioni di salute:

- ☐ portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3 com. 3 L. 104/92 - titolare di invalidità civile e indennità di accompagnamento);
- ☐ non autosufficiente (titolare di invalidità civile 75-100%);
- ☐ con parziale autonomia;
- ☐ autosufficiente.

#### CONDIZIONI DI FRAGILITÀ/SOLITUDINE

il richiedente il servizio versa in una delle seguenti condizioni:

- ☐ persona sola senza rete familiare;
- ☐ persona con difficoltà nell'aiuto parentale;
- ☐ persona con familiari non residenti sul territorio;
- ☐ persona con congiunti abili residenti sul territorio.

#### SITUAZIONE ECONOMICA

il valore ISEE del nucleo familiare convivente, relativo all'anno \_\_\_\_\_ è pari a € \_\_\_\_\_

**Dichiara, inoltre**, di essere a conoscenza della tipologia delle prestazioni, delle modalità di accesso e di valutazione delle domande e delle condizioni di compartecipazione finanziaria, di cui al Disciplinare, approvato con Deliberazione del Coordinamento Istituzionale n. 76 del 06.03.2012, che tutte incondizionatamente accetta con la sottoscrizione della presente domanda.

#### **SI IMPEGNA A**

- sottoscrivere, previa sua condivisione, il Progetto Assistenziale Individuale (PAI) predisposto dal Servizio Sociale Professionale;
- corrispondere puntualmente, ove dovute, le quote di compartecipazione al costo del servizio, mediante versamento su apposito bollettino di c/c postale;
- comunicare per iscritto all' Assistente Sociale referente ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

#### **ALLEGA**

alla presente domanda:

- documento di identità in corso di validità;
- documentazione medica (MMG) da cui risulti la situazione sanitaria del richiedente;
- ogni altra documentazione ritenuta utile per una corretta valutazione dei bisogni dell'utente.

*Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.*

*Firma dell'interessato o del familiare*

\_\_\_\_\_

(Cognome e nome) \_\_\_\_\_ **autorizza** il Servizio Sociale del Comune di \_\_\_\_\_ e l'Ufficio di Piano di Gioia del Colle al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in parola, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

(Data) \_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_