

OGGETTO: Istanza di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare ADI e NON ADI (ADA) per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti- P.A.C. Piano di Intervento Servizi di Cura per gli anziani

Il /la sottoscritto/a _____ nato/a _____
il ___/___/___ residente in via / Piazza _____
Nr ___ C.F. _____ Telefono _____
In qualità di (convivente, figlio/a, conoscente, altro) _____

Chiede l'attivazione del Servizio di

- Assistenza domiciliare socio-assistenziale integrata all'assistenza socio-sanitaria (ADI)
- Assistenza domiciliare socio-assistenziale per anziani non autosufficienti (ADA)

In favore del

- Diretto interessato
- Per conto del

Sig./sig.ra _____ Nato/a _____
il ___/___/___ residente in via / Piazza _____ Nr _____
C.F. _____ Telefono _____

A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi, sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita di benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

A- In quanto in condizioni di non autosufficienza per:

- Invalidità civile con indennità di accompagnamento (allegare Verbale della Commissione Medica trasmesso dall'INPS)
- Condizione di salute (certificazioni mediche attestanti la natura dell'infermità invalidanti, causa di non autosufficienza)
- Altro _____

B- Di trovarsi nella seguente condizione familiare:

- anziano/a che vive solo/a
- coppia di anziani senza rete parentale
- anziano con familiari o altro che provvedono all' assistenza
- anziano/a e/o coppia che vive in aree periferiche (rurali, extraurbane)

che il nucleo familiare dell'anziano risulta così composto:

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Relazione di parentela

Si allegano:

- Fotocopia di un documento di riconoscimento valido del richiedente e del beneficiario;
- Copia della Tessera Sanitaria;
- Dichiarazione sostitutiva unica completa di attestazione ISEE del nucleo familiare relativa ai redditi conseguiti nell'anno 2017 in corso di validità;
- Certificazione comprovante il riconoscimento dell'invalidità civile;
- Ogni altra documentazione sanitaria utile alla valutazione dello stato di non autosufficienza.

Data _____ Firma _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 196/2003 il distretto socio sanitario n .33 e per esso gli Uffici preposti al Servizio, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa al servizi Servizio di Assistenza Domiciliare ADI e NON ADI (ADA) per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti.

Data _____ Firma _____