

**- Legge 8 novembre 2000, n. 328 -**

(Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

**AMBITO TERRITORIALE C10 - MONDRAGONE COMUNE CAPOFILA**



*Comune di Cannello ed Arnone*

*Comune di Carinola*

*Comune di Castel Volturno*

*Comune di Falciano del M.*

*Comune di Mondragone*

**MODELLO B**

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE (S.A.D.) DISABILI**

**Spett.le Ambito Territoriale C10**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Richiedente del servizio
  
- Familiare del richiedente del servizio
  
- Tutore/Amministratore di sostegno del servizio

Del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE (SAD) PER I CITTADINI DISABILI**

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del Testo Unico emanato con DPR 28/12/2020 n. 445, consapevole del fatto che agli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità.

**DICHIARA**

**1. Che il nucleo familiare del richiedente, come da scheda anagrafica, è così composta:**

<b>NOME COGNOME</b>	<b>E</b>	<b>DATA NASCITA</b>	<b>DI</b>	<b>RAPPORTO PARENTELA</b>	<b>DI</b>	<b>RESIDENZA</b>

**2. Che il richiedente si trova nella seguente condizione di salute (barrare la casella interessata)**

<b><u>CONDIZIONI DI DISABILITA'</u></b>	
<u>Art. 3 co.3 e/o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento</u>	
<u>Art. 3 co.1 + invalidità al 100% con indennità di accompagnamento O Invalidità civile dal 67 al 99 %</u>	
<u>Art. 3 co.3 + invalidità al 100% senza indennità di Accompagnamento O Invalidità civile al 100% senza indennità di accompagnamento</u>	
<u>Art.3 co.1 + invalidità al 100% senza indennità di accompagnamento O Invalidità civile dal 67 al 100% senza indennità di accompagnamento</u>	

**3. Che il richiedente si trova nella seguente condizione familiare (barrare la casella interessata):**

<b><u>CONDIZIONI CONTESTO FAMILIARE</u></b>	
DISABILE CHE VIVE DA SOLO	
DISABILE CHE VIVE SOLO CON ALTRI DISABILI	
DISABILE CHE VIVE CON ALTRI DISABILI E PERSONE AUTOSUFFICIENTI	
DISABILE CHE VIVE CON UN SUPPORTO FAMILIARE (genitore, parenti e/o Amministratori e/o tutori)	

**4. Che la fascia di reddito ISEE – protocollo INPS \_\_\_\_\_ del richiedente è la seguente (barrare la casella interessata):**

<b>REQUISITO</b>	
ISEE fino ad € 9360,00*	
ISEE da € 9361,00 - € 12.000	
ISEE € 12.001 - € 15.000	
ISEE da € 15.001 a € 25.000	
ISEE superiore a € 35.000 (€ 35.000,01)**	

\*valore aggiornato alle ultime normative in materia di inclusione socio-economica e socio-lavorativa-Fondo Povertà

\*\* per gli utenti con reddito superiore a € 35.000 (€ 35.000,01) è prevista una quota di compartecipazione pari al 20% a valere sul costo orario del servizio.

**6.Che il richiedente (barrare la casella interessata):**

non usufruisce di altri servizi   
 usufruisce di altri servizi:

(Specificare \_\_\_\_\_)

**Allega alla presente domanda:**

- Certificazione ISEE in corso di validità, del nucleo familiare del beneficiario ovvero protocollo INPS;
- Certificazione ISEE nucleo ristretto, laddove previsto in corso di validità ovvero protocollo INPS;

- Certificato di invalidità civile (se in possesso);
- Certificazione di handicap ai sensi della Legge 104/92 (se in possesso);
- Copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità, e copia del documento d'identità di colui che presenta istanza, se diverso dal richiedente;
- Attestazione del proprio MMG (medico di base) che attesti la non autosufficienza o la parziale autosufficienza senza invalidità e/o disabilità certificata;
- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni della persona e del nucleo convivente con l'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 28112/2000.***

Data \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario o del familiare/AdS/Tutore

\_\_\_\_\_

*Informativa sulla privacy*

*Ai sensi del Codice sulla privacy, D.Lgs. n. 196/2003, e ss. mm. ii.. si informano i richiedenti il servizio che i dati personali forniti sono raccolti esclusivamente per la procedura di cui al presente avviso.*

Data \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario o del familiare/AdS/Tutore

\_\_\_\_\_