

All'Ufficio Servizi Sociali del
Comune di _____

Oggetto: Domanda di voucher sociale per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare (SAD/SADH).

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ n. _____

codice fiscale _____

tel. _____ email: _____

in qualità di:

- Beneficiario
- Familiare (specificare grado di parentela) _____
- Amministratore di sostegno (indicare gli estremi del decreto di nomina) _____
- Tutore (indicare gli estremi del decreto di nomina) _____
- Curatore (indicare gli estremi del decreto di nomina) _____

C H I E D E

l'erogazione di voucher sociale per l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD/SADH) dal _____ al _____ per un monte ore complessivo di _____ ore, per conto e a favore di:

(Nome) _____ (Cognome) _____

data di nascita: _____ luogo di nascita: _____

codice fiscale _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

sotto forma delle seguenti tipologie di prestazioni e interventi:

- AIUTO PER L'IGIENE DELLA PERSONA (1 ora)** (alzata, vestizione, igiene personale completa con elevata complessità assistenziale, riordino bagno/camera da letto, bagno settimanale in vasca o a letto, igiene dei capelli);
- AIUTO PER L'IGIENE DELLA PERSONA (30 minuti)** (alzata, igiene personale semplice);
- AIUTO PER LA CURA DELLA PERSONA (1 ora)** (collaborazione per l'attuazione di interventi ADI, posizionamento ausili e presidi (se previsto), segnalazione al caregiver di riferimento sulla corretta assunzione di farmaci, postura e mobilitazione in base alle limitazioni funzionali, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, non infermieristiche e non specialistiche ai sensi della DGR n°8/7693 del 24 luglio 2008);
- AIUTO PER LA CURA DELLA PERSONA (30 minuti)** (segnalazione al caregiver di riferimento sulla corretta assunzione di farmaci, postura e mobilitazione in base alle limitazioni funzionali);

- **ASSISTENZA AL PASTO** (preparazione pasti, somministrazione pasti, rimessa a letto, rimozione spazzatura,);
- **ASSISTENZA AL PASTO** (somministrazione pasti, consegna pasti);
- **AIUTO PER IL GOVERNO DELL'ALLOGGIO ABITATIVO E ATTIVITA' DOMESTICHE (1 ora)** (riordino e pulizia dei locali ad uso abitativo, cambio della biancheria);
- **AIUTO PER IL GOVERNO DELL'ALLOGGIO ABITATIVO E ATTIVITA' DOMESTICHE (30 minuti)** (cambio della biancheria);
- **SOCIALIZZAZIONE, VITA DI RELAZIONE E INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO (1 ora)** (accompagnamento per disbrigo piccole pratiche (ad es. pagamento utenze), accompagnamento per commissioni, piccoli acquisti e spesa, accompagnamento per rinforzo relazioni amicali, familiari e sociali, accompagnamento presso le strutture sanitarie (visite, controlli ecc);
- **SOCIALIZZAZIONE, VITA DI RELAZIONE E INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO (30 minuti)** (accompagnamento per brevi commissioni);
- **SERVIZIO SPERIMENTALE DI SOLLIEVO DOMICILIARE** pacchetti di ore messi a disposizione delle famiglie con soggetti in condizioni di fragilità che vengono a trovarsi in situazioni caratterizzate da un bisogno improvviso, urgente e temporaneo di protezione, assistenza, mantenimento e per un tempo definito e definibile (minimo 20 ore – massimo 60 ore e per la durata di massimo 3 mesi).

L'intervento è richiesto nella seguente fascia oraria (indicare dalle ore alle ore):

mattino pomeriggio sera dalle _____ alle _____

giorno della settimana: lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì sabato domenica

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. n. 445 del 2000, per le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità,

a) che il nucleo familiare del beneficiario è composto come segue:

Cognome e nome	Grado di parentela	Luogo e data di nascita	Attività/lavoro svolto

b) che altre persone di riferimento per il beneficiario sono le seguenti:

Cognome e nome	Grado di parentela	Luogo e data di nascita	Residenza

c) che il beneficiario ha:

- un'invalidità civile del% (indicare la percentuale);
- indennità di accompagnamento;
- L.104/92 art. 3 co 1;
- L.104/92 art. 3 co 3;
- inoltrato domanda di accertamento invalidità civile e L. 104/92 ma è in corso di valutazione;
- non ha inoltrato alcuna domanda di accertamento dell'invalidità

d) che il reddito ISEE è di € _____.

Il beneficiario o chi per esso, identifica quale Ente Gestore per l'erogazione delle prestazioni richieste (specificare denominazione dell'Ente Gestore tra l'elenco degli accreditati identificati da Azienda Isola) _____

Si allega la seguente documentazione:

- Dichiarazione I.S.E.E.;
- Copia del verbale attestante l'invalidità;
- Copia del verbale ai sensi della l.104/92;
- Scheda ADL;
- Scheda IADL;
- Scheda di valutazione sociale;
- Altro: _____

(luogo e data)_____ Firma _____

Informativa art.13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

Si informa che i dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da lei presentata e per le finalità ad essa connesse. Il trattamento dei dati è effettuato con strumenti sia cartacei che informatici e sarà svolto nel rispetto delle misure di sicurezza stabilite nel regolamento comunale assunto in materia. I dati verranno comunicati all'Azienda Speciale Consortile Azienda Isola ai gestori dei servizi. La comunicazione dei dati è obbligatoria. La mancata comunicazione dei dati comporta la non adozione del provvedimento richiesto. Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione e/o cancellazione dei dati previsto dall'art. 7 del D.Lgs. n.196/2003.

(luogo e data)_____ Firma _____