

AZIENDA CONSORTILE DEI SERVIZI SOCIALI A.C.C.C Ambito N19
Ufficio Di Piano Via Don Luigi Sturzo N° 12 - 80021 Afragola (Na)
REGIONE CAMPANIA
C.F. 09561061210
PEC: aziendaconsortileaccc@pec.it
Email: aziendaconsortileaccc@gmail.com

Spett.le Azienda Consortile dei Servizi Sociali A.C.C.C.

DOMANDA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a _____
COGNOME NOME COFICE FISCALE
Nato/a a _____ il _____ residente a _____
COMUNE O STATO ESTERO GG / MM / AAAA
in via _____ Tel. _____
con domicilio in _____ Tel. _____

(se cittadino non italiano o non comunitario allegare regolare documentazione per il soggiorno)

CHIEDE

PER SE'

Per il/la sig./ra _____
COGNOME NOME COFICE FISCALE
Nato/a a _____ il _____ residente a _____
COMUNE O STATO ESTERO GG / MM / AAAA
in via _____ Tel. _____
con domicilio in _____ Tel. _____

(se cittadino non italiano o non comunitario allegare regolare documentazione per il soggiorno)

1) L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE PER

- Minori Disabili (0-18 anni)
- Adulti Disabili (19-64 anni)
- Anziani (dal compimento del 65° anno di età)

2) L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER

- Minori Disabili (0-18 anni)
- Adulti Disabili (19-64 anni)
- Anziani (dal compimento del 65° anno di età)

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

che il destinatario dell'intervento è portatore di handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della

Legge 104/92;

che il destinatario dell'intervento, non è portatore di handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92, ma è ultrasessantacinquenne non autosufficiente riconosciuto invalido civile dalla competente Commissione Medica;

che il destinatario dell'intervento, non è portatore di handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92;

che il destinatario dell'intervento percepisce indennità di accompagnamento;

che il valore dell'indicatore ISEE in corso di validità è il seguente € _____;

di essere informato sulle condizioni di compartecipazione al costo del servizio in relazione alle proprie condizioni economiche stabilite dai Regolamenti di compartecipazione degli utenti alla spesa dei servizi socio assistenziali ed al costo delle prestazioni sociosanitarie;

INFORMA

a. che il destinatario dell'intervento usufruisce di altre forme di assistenza

quali: assistenza domiciliare integrata da parte della ASL per:

assistenza infermieristica

visite programmate del Medico di Medicina Generale

riabilitazione a domicilio

altro (indicare ente/servizio di riferimento) _____

b. che il destinatario dell'intervento si trova in una delle seguenti condizioni:

vive solo e non ha nessuno che si può occupare della sua assistenza

vive con familiari che non possono assisterlo

c. che i familiari da contattare per tutte le comunicazioni inerenti il servizio ed in caso di necessità sono i seguenti:

1. _____
COGNOME NOME

indirizzo _____ Tel. _____.

2. _____
COGNOME NOME

indirizzo _____ Tel. _____.

3. _____
COGNOME NOME

indirizzo _____ Tel. _____.

d. che i dati relativi al Medico di Base del destinatario dell'intervento sono i seguenti:

NOMINATIVO

INDIRIZZO AMBULATORIO

TELEFONO

SPAZIO DISPONIBILE PER EVENTUALI NOTE

Allega alla presente richiesta:

- copia dell'attestazione ISEE in corso di validità;
- documentazione per il soggiorno (solo per cittadino non italiano o non comunitario)
- copia documentazione attestante l'invalidità
- copia documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità
- copia documento di riconoscimento del beneficiario in corso di validità
- altro _____

specificare

Firma dell'operatore che riceve la domanda

Firma del dichiarante

Dichiarazione resa ai sensi del D.Lgs.n. 196 del 2003 concernente la "tutela della persona rispetto al trattamento dei dati personali", ad autorizzare l'istituzione per i Servizi Sociali a trattare, nei limiti previsti dalla legge, i miei dati personali, compresi quelli sensibili;

li, _____

Firma del dichiarante

Firma dell'operatore che riceve la domanda
