

	Amministrazione destinataria Comune di Pescara	
	Ufficio destinatario Servizio gestione politiche sociali	

Domanda di accesso per il servizio di assistenza domiciliare (SAD)

Il sottoscritto										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Domicilio										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
Soggetto interessato										
☐ per sè stesso										
☐ per la persona di seguito specificata										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
In qualità di (*)										

In qualità di (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale, altro titolo

CHIEDE

il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD).

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☒ di essere a conoscenza che, in caso di verifica da parte dell'Ente di falsa dichiarazione e di mancata comunicazione delle variazioni succitate, il servizio verrà interrotto immediatamente e l'Ente si riserva di attivare l'iter previsto dalla relativa normativa
- ☒ di conoscere ed accettare le modalità di compartecipazione alla spesa prevista
- ☒ essere in possesso di attestazione ISEE

Importo ISEE socio sanitario	Data presentazione DSU
€	
Numero protocollo DSU	Data scadenza certificazione

DICHIARA INOLTRE

Composizione del nucleo familiare

Numero adulti	Numero minori

☐ 1° componente

Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Altri redditi		
Tipologia (*)		Importo
		€

☐ 2° componente

Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Altri redditi		
Tipologia (*)		Importo
		€

☐ 3° componente

Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Altri redditi		
Tipologia (*)		Importo
		€

☐ 4° componente

Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Altri redditi		
Tipologia (*)		Importo
		€

☐ 5° componente

Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Altri redditi		
Tipologia (*)		Importo
		€

☐ 6° componente

Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Altri redditi		
Tipologia (*)		Importo
		€

☐ 7° componente		
Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Altri redditi		
Tipologia (*)		Importo
		€

☐ 8° componente		
Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Altri redditi		
Tipologia (*)		Importo
		€

☐ 9° componente		
Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Altri redditi		
Tipologia (*)		Importo
		€

Tipologia (*): assegno per maternità e nucleo familiare, assegno sociale, indennità accompagnamento, pensioni: invalidità civile, da lavoro, di reversibilità, di inabilità, RDC, REI, vitalizi, altro

Nel nucleo familiare sono presenti persone con invalidità civile e Legge 05/02/1992, n. 104

☐ 1° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	

☐ 2° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	

☐ 3° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	

☐ 4° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	

Ai sensi del articolo 433 del Codice Civile, i parenti tenuti all’obbligo degli alimenti sono

☐ 1° parente										
Cognome					Nome					
Parentela (*)					Altra parentela					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	

☐ 2° parente										
Cognome					Nome					
Parentela (*)					Altra parentela					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	

☐ 3° parente										
Cognome					Nome					
Parentela (*)					Altra parentela					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	

☐ 4° parente										
Cognome					Nome					
Parentela (*)					Altra parentela					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	

☐ 5° parente										
Cognome					Nome					
Parentela (*)					Altra parentela					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	

☐ 6° parente										
Cognome					Nome					
Parentela (*)					Altra parentela					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	

Parentela (*): coniugi, figli, genitori e fratelli/sorelle, altro specificare

☐ **Abita in**

Alloggio

- ☐ proprietà
- ☐ proprietà(mutuo)
- ☐ in affitto
- ☐ di proprietà di ente pubblico
- ☐ altro *(specificare)*

☐ **Paga mensilmente la somma di**

Canone mensile

€

☐ **Ha percepito i seguenti contributi/benefici da fondi della Pubblica Amministrazione per la medesima finalità**

Altri fondi (es: PLNAHome Care Premium, etc)

☐ **Di usufruire del servizio di in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) della ASL**

Da

A

SI IMPEGNA

In caso di attivazione del suddetto servizio

- ☒ al pagamento mensile posticipato della quota corrispondente al proprio valore ISEE (vedi tabella nella descrizione del servizio), per ogni ora di assistenza effettivamente fruita
- ☒ a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione del reddito, della situazione familiare e socio-sanitaria tale da incidere in maniera determinante sul valore dell'ISEE e sulla valutazione globale

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☒ copia documento riconoscimento del richiedente e/o di chi ne fa le veci
- ☐ copia nomina rappresentante legale
- ☐ altri allegati *(specificare)*

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Pescara

Luogo

Data

Il dichiarante

