



## AMBITO S04\_1 - UFFICIO DI PIANO

Comune capofila di Battipaglia – Piazza Aldo Moro  
Pec: [pecprotocollo@cert.comune.battipaglia.sa.it](mailto:pecprotocollo@cert.comune.battipaglia.sa.it) – Telefono 0828-677111

**ALLEGATO – Modello domanda SAD ANZIANI**

**Alla c.a. dei Servizi Sociali**

**del Comune di \_\_\_\_\_**

**Ambito Territoriale S04\_1**

**Oggetto: richiesta di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale in favore di persone anziane.**

*(scrivere in maniera leggibile)*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

❖ per sé

❖ per il proprio familiare (specificare il grado di parentela)

\_\_\_\_\_

❖ in qualità di tutore giuridico della persona interessata o altro (specificare)

\_\_\_\_\_

A favore di (*indicare il richiedente beneficiario – solo se diverso dal richiedente già generalizzato*):

Nome Cognome \_\_\_\_\_

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

Residente \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### **L'accesso al servizio di Assistenza Domiciliare Sociale Anziani**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, consapevole delle sanzioni penali prevista dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni ivi indicate,

## DICHIARA

### (Importante-barrare con una sola X la condizione interessata)

Che i dati e le informazioni relative alla persona interessata alla richiesta sono i seguenti:

#### **1. Età**

- Oltre 80 anni;
- Dal 76° anno compiuto al 80° compiuto;
- Dal 71° anno compiuto al 75° compiuto;
- Dal 65° anno compiuto al 70° compiuto.

#### **2. Eventuale stato di limitata autonomia**

- Disabile ai sensi della L. 104/1992 art. 3 c. 3 (come da certificazione da allegare alla presente);
- Disabile ai sensi della L. 104/1992 art. 3 c. 1 (come da certificazione da allegare alla presente);
- Persona con invalidità tra il 75% e il 100% (come da certificazione da allegare alla presente).

#### **3. Valutazione nucleo familiare**

- Anziano che vive solo;
- Anziano convivente con unico altro anziano ultrasessantacinquenne;
- Anziano che vive con familiari invalidi e/o problemi psichiatrici, di alcolismo, disoccupazione, e che presentano situazione di svantaggio;
- Anziano convivente con altri familiari maggiorenni.

### **DICHIARA, altresì:**

- di rendersi disponibile alla valutazione da parte del servizio sociale territoriale competente, anche presso il proprio domicilio, e a fornire tutte le informazioni necessarie per la redazione del progetto personalizzato – P.A.I.;
- che il proprio valore ISEE ordinario in corso di validità è di € \_\_\_\_\_;
- di essere consapevole che l'eventuale accettazione del servizio è sostitutivo di ogni altra prestazione a carattere sociale, socio-assistenziale e socio-sanitaria dell'Ambito Territoriale/Comune e che non può e non potrà essere beneficiario di altra forma di aiuto socio-assistenziale e socio-sanitario, erogato anche da altri Enti, per tutto l'arco temporale di erogazione delle prestazioni SAD e che lo stesso si sospende, di norma, a far data dal ricovero presso struttura sanitaria, socio-sanitaria o assistenziale a carattere residenziale.

**Il richiedente o delegato alla presentazione della richiesta, inoltre, s'impegna** a comunicare tempestivamente al proprio Comune di residenza qualsiasi variazione alle informazioni e ai dati contenuti nella presente richiesta.

**Il familiare/parente/delegato di riferimento, contattabile è:**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**Allega alla presente:**

- ❖ copia di un documento di riconoscimento dell'interessato in corso di validità;
- ❖ Attestazione ISEE del nucleo familiare ordinario dell'interessato in corso di validità al 31.12.2025;
- ❖ eventuale delega alla presentazione dell'istanza con copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato;
- ❖ copia del provvedimento di tutela/amministrazione di sostegno con copia del documento di riconoscimento della persona esercente tali funzioni, se necessario;
- ❖ eventuale certificazione attestante lo stato di disabilità dell'interessato ai sensi della L. 104/1992;
- ❖ eventuale certificazione attestante lo stato di invalidità civile dell'interessato.

Lì \_\_\_\_\_

In Fede \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ acconsente al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) in materia di privacy, autorizza il Comune di residenza e l'UDP dell'Ambito Territoriale S04\_1 al trattamento e all'elaborazione dei dati forniti per finalità statistiche e gestionale, anche mediante l'ausilio di procedure informatizzate, e al trasferimento dei dati personali ad altri Enti per gli adempimenti amministrativi e per la valutazione, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie.

Lì \_\_\_\_\_

In Fede \_\_\_\_\_