

**MODULO DI RICHIESTA INTERVENTI IN AMBITO DOMICILIARE  
A FAVORE DI PERSONE ANZIANE E CON DISABILITA'**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

In qualità di:

- diretto interessato       tutore  
 familiare di riferimento       amministratore di sostegno

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_ Ambulatorio \_\_\_\_\_

**RICHIESTE**

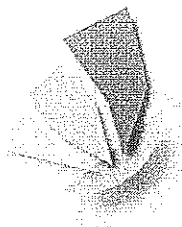
l'attivazione di interventi in ambito domiciliare e a tal fine dichiara: (barrare l'opzione)

- di avere un ISEE pari a € \_\_\_\_\_  
 di non voler presentare la dichiarazione ISEE  
 di essere Invalido Civile al 100%  
 di avere diritto all'indennità di accompagnamento  
 di essere stato riconosciuto "Disabile in stato di gravità" ai sensi della Legge 104/92  
 che le persone sotto indicate convivono con l'interessato (indicare anche la presenza dell'assistente familiare se convivente):

Cognome e Nome	Grado di parentela	Data di nascita

Luogo e data

Firma



**Espressione di consenso al trattamento di dati sensibili.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'Art 13 del D.lgs.196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti dall'Art 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" presta il suo consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Considerato che il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ Non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere e di volere, il sottoscritto \_\_\_\_\_

O amministratore di sostegno

O tutore

Acconsente al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**D.P.R. n° 445/2000 art. 4, comma 2 MODELLO 1**

La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (7).

Spazio riservato a chi rende la dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ (coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) Del Sig./ra \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

attesta l'impedimento del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ dovuto al suo stato di salute a redigere e sottoscrivere la presente domanda, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA  
DOMICILIARE (SAD)**

GENTILE UTENTE,

AL FINE DI PROCEDERE ALL'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO, E' NECESSARIO AVERE A DISPOSIZIONE I DATI E I DOCUMENTI DI SEGUITO ELENCATI, NECESSARI PER L'INCONTRO DI VALUTAZIONE EFFETTUATO DALL'ASSISTENTE SOCIALE:

- ISEE FAMILIARE ( COPIA DA RILASCIARE ALL'ASSISTENTE SOCIALE)
- DATI/DOCUMENTI RELATIVI ALL'INVALIDITA' CIVIE E INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO NONCHE' ALTRE PENSIONI NON INCLUSE NELL'ISEE
- DOCUMENTI RELATIVI ALLE SPESE PER L'ASSISTENZA (CON RIFERIMENTO AL VALORE MENSILE E ALLA DURATA ) IN MERITO A: CENTRI DIURNI, SOGGIORNI, RICOVERI DI SOLLIEVO, TELESOCCORSO, PASTO A DOMICILIO, ASSISTENZA DOMICILIARE, TRASPORTO , ADI, ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA, FISIOTERAPIA PRIVATA, ASSISTENZA DOMICILIARE PRIVATA, PRESTAZIONI MEDICHE SPECIALISTICHE, SPESE FARMACEUTICHE, ALTRE SPESE NELL'ANNO IN CORSO.

SI RICORDA CHE LA PRESENTAZIONE DEL MODELLO ISEE È UTILE AD USUFRUIRE DELLE AGEVOLAZIONI ECONOMICHE AD ESSO COLLEGATE, PERMETTENDO COSÌ UNA VALUTAZIONE APPROFONDITA.

SI COMUNICA INFINE CHE È POSSIBILE NON PRESENTARE IL MODELLO ISEE E RINUNCIARE DI CONSEGUENZA AD EVENTUALI AGEVOLAZIONI ECONOMICHE AD ESSO INERENTI.

L'Assistente Sociale  
del Servizio Sociale Territoriale