

**MODELLO A**

**ALL'AMBITO N13 – UFFICIO DI PIANO –  
COMUNE ISCHIA (COMUNE CAPOFILA)**

**Per il tramite del COMUNE DI .....  
(ANTENNA/SERVIZIO SOCIALE)**

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

☐ per se stesso  
oppure  
nella qualità di ☐ figlio/a , ☐ tutore, ☐ curatore, ☐ altro ( specificare) \_\_\_\_\_  
per conto del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

☐ l'attivazione del SAD - H ☐ TRAMITE VOUCHER DA SPENDERE PRESSO FORNITORI  
DELL'ELENCO/REGISTRO DI AMBITO

☐ l'attivazione del SAD - A ☐ TRAMITE VOUCHER DA SPENDERE PRESSO FORNITORI  
DELL'ELENCO/REGISTRO DI AMBITO

☐ l'assistenza domiciliare - H ☐ - A ☐ in forma indiretta (L. 162/98) (l'assistenza indiretta, in seguito ad autorizzazione da parte del Servizio Sociale Professionale laddove sussiste la prevalenza nel Piano - di intervento/di attività legati al "superamento degli stati di non autosufficienza" - Art. 39 comma 2 lett. 1-ter Legge 104/92-), per il cui calcolo del beneficio economico saranno utilizzati i criteri e il livello di intensità delle Linee guida sul funzionamento del sistema operativo di svolgimento dei "Servizi assistenza/autonomia ai portatori di handicap e agli anziani", detratto degli oneri fiscali (IVA) e degli oneri gestionali.

*A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n.445 del 28/02/2000 e s.m.i.*

## DICHIARA

che il nucleo familiare della persona che usufruirà del servizio è composto da:

	Cognome	Nome	Tipo di rapporto	Data di nascita
1				
2				
3				
4				
5				

Allega la seguente documentazione:

- per il SAD-A:

- ☐ fotocopia del certificato di invalidità civile al 100% ;
- ☐ attestazione del Medico di Medicina Generale con la quale viene dichiarato che lo stato di non autosufficienza del beneficiario non richiede una prestazione socio- sanitaria bensì un servizio socio- assistenziale;
- ☐ attestazione ISEE in corso di validità;
- ☐ fotocopia del documento di riconoscimento del beneficiario e di chi presenta la domanda.

- per il SAD-H:

- ☐ fotocopia della certificazione attestante il riconoscimento della disabilità (Legge 104/92 art. 3 comma 3);
- ☐ attestazione ISEE in corso di validità;
- ☐ fotocopia del documento d'identità del beneficiario e di chi presenta la domanda.

*Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.*

*Firma*

*Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi del Regolamento U.E. n. 676/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del contributo e che l'eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.*

*Firma*

**PARTE DA COMPILARE SE L'ISTANZA E'PRESENTATA DA PERSONA CHE NON E'LEGATA DA RAPPORTO DI PARENTELA CON IL BENEFICIARIO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ alla  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ alla  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Alla presentazione dell'istanza per:

☐ l'attivazione del SAD - H ☐ TRAMITE VOUCHER DA SPENDERE PRESSO FORNITORI DELL'ELENCO/REGISTRO DI AMBITO

☐ l'attivazione del SAD - A ☐ TRAMITE VOUCHER DA SPENDERE PRESSO FORNITORI DELL'ELENCO/REGISTRO DI AMBITO

☐ l'assistenza domiciliare - H ☐ - A ☐ in forma indiretta (L. 162/98) (l'assistenza indiretta, in seguito ad autorizzazione da parte del Servizio Sociale Professionale laddove sussiste la prevalenza nel Piano - di intervento/di attività legati al "superamento degli stati di non autosufficienza" - Art. 39 comma 2 lett. 1-ter Legge 104/92-), per il cui calcolo del beneficio economico saranno utilizzati i criteri e il livello di intensità delle Linee guida sul funzionamento del sistema operativo di svolgimento dei "Servizi assistenza/autonomia ai portatori di handicap e agli anziani", detratto degli oneri fiscali (IVA) e degli oneri gestionali.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n.445 del 28/02/2000 e s.m.i.

Firma

(ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGATO)