

Allegato 1

DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano
dell'Ambito Territoriale Sociale

di Gagliano del Capo

per il tramite del Servizio Sociale Professionale

del Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ e residente a _____ (Prov. _____) alla

via _____ n. civico _____ Codice Fiscale _____

n. telefono _____ cell. _____

indirizzo e-mail _____

CHIEDE

☐ per se stesso

☐ in qualità di _____

del/della sig./ra _____, nato/a _____ il

_____ e residente a _____ (Prov. _____)

alla via _____ n. civico _____, Codice Fiscale _____

n. telefono _____ cell _____

indirizzo e-mail _____

l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale (SAD).

DICHIARA

sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000), con riferimento alla persona destinataria della prestazione sociale, quanto segue:

Da euro 15.001,00 a euro 20.000,00	20% della quota sociale della tariffa
Da euro 20.001,00 a euro 25.000,00	25% della quota sociale della tariffa
Da euro 25.001,00 a euro 30.000,00	30% della quota sociale della tariffa
Da euro 30.001,00 a euro 35.000,00	35% della quota sociale della tariffa
Da euro 35.001,00 a euro 40.000,00	40% della quota sociale della tariffa

- ☐ di essere a conoscenza che con cadenza semestrale saranno aggiornate le Schede di Rilevazione del bisogno socio - assistenziale al fine di accertare l'effettiva necessità dell'intervento domiciliare;
- ☐ di essere a conoscenza di dover comunicare tempestivamente al Comune di residenza e/o all'Ambito, per iscritto, ogni variazione delle notizie trasmesse con la presente istanza;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa privacy completa (ai sensi dell'art. 13 del Reg. Europeo n° 679/2016) presente sul sito web istituzionale del Comune e allegata alla presente.

SI IMPEGNA

- ☐ alla compartecipazione al costo del servizio se dovuta ed alla consegna dell'attestazione dell'avvenuto pagamento alla cooperativa affidataria del servizio SAD entro il giorno 20 di ogni mese;
- ☐ al versamento dell'intero costo del servizio in caso di mancata presentazione dell'ISEE ovvero in caso di ISEE superiore a € 40.000,00
- ☐ a versare la quota di compartecipazione prevista, bimestralmente, a mezzo versamento mediante bonifico utilizzando il IBAN IT7400103079410000003869773 ovvero mediante c/c postale n. 13088737, intestato a Comune di Gagliano del Capo – ATS di Gagliano del Capo, specificando nella causale: "SAD compartecipazione bimestre _____";

--- ALLEGA ---

- ☐ Documentazione attestante la temporanea o permanente perdita di autosufficienza;
- ☐ Copia del verbale della Commissione di Invalidità Civile ed eventuale indennità di accompagnamento;
- ☐ Copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario;
- ☐ Attestazione/autocertificazione ISEE ORDINARIO in corso di vigenza.

Luogo e data, _____

Firma

Firma del/la richiedente (per esteso e leggibile)