

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA
DOMICILIARE (SAD)**

Al Responsabile Servizio Sociale

Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ e residente a _____ (Prov. _____) alla
via _____ n. civico _____ Codice Fiscale _____
n. telefono _____ cell. _____,

CHIEDE

- per se stesso
 in qualità di _____

del/della sig./ra _____, nato/a _____
il _____ e residente a _____ (Prov. _____)
alla via _____ n. civico _____, Codice Fiscale _____
telefono _____

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

nei giorni _____; ;

dalle ore _____ alle ore _____; ;

per numero ore settimanali _____; ;

Tipologia di prestazioni richieste:

- cura e igiene della persona;
 prestazioni di tipo domestico;
 prestazioni di tipo socio assistenziale;
 altro _____;

DICHIARA

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

Composizione del nucleo familiare del destinatario del servizio:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	RAPPORTO PARENTELA

- il valore ISEE del nucleo familiare in corso di validità è pari a euro _____;
- di essere invalido civile al 100%
- di essere beneficiario di indennità di accompagnamento;
- di essere dichiarato persona con handicap di particolare gravità di cui all'art. 3 comma 3 Legge 104/92;
- persona con ridotta autonomia per disturbi del comportamento, per marginalità sociale e per handicap psichico lieve, su indicazione del competente servizio dell'asl;
- anziano ultra sessantacinquenne parzialmente autosufficiente in condizione di disagio psichico, fisico o materiale, con necessità di tutela sociale, privo di rete familiare;
- di aver preso visione delle quote di compartecipazione, per fasce ISEE, specificate nella seguente tabella:

	Valore ISEE	Tariffa oraria
I fascia	Da euro 0 a euro 2.000	Esente
II fascia	Da euro 2.001,00 a euro 5.000,00	1,83 euro l'ora
III fascia	Da euro 5.001,00 a euro 10.000,00	3,66 euro l'ora
IV fascia	Da euro 10.001,00 a euro 15.000,00	5,50 euro l'ora
V fascia	Da euro 15.001,00 a euro 20.000,00	7,33 euro l'ora
VI fascia	Da euro 20.001,00 a euro 25.000,00	9,16 euro l'ora
VII fascia	Da euro 25.001,00 a euro 30.000,00	10,99 euro l'ora
VIII fascia	Da euro 30.001,00 a euro 35.000,00	12,82 euro l'ora
IX fascia	Da euro 35.001,00 a euro 40.000,00	14,66 euro l'ora

SI IMPEGNA

- al versamento della quota massima in caso di mancata consegna dell'ISEE;
- al versamento della quota a suo carico di euro _____ l'ora;
- a versare la quota di compartecipazione prevista, bimestralmente, mediante versamento bancario da effettuarsi sul Conto Corrente della Tesoreria del Comune di Campi Salentina Banca Popolare Pugliese IBAN IT 18F0526279748T20990001234, specificando la causale: "Quota SAD mese di _____";
- a produrre all'Ufficio Servizi Sociale del Comune di residenza copia dell'avvenuto versamento.

Allega:

- attestazione ISEE in corso di validità;
- copia documento di identità del richiedente e del destinatario del servizio;
- Verbale della Commissione Sanitaria/Certificazione medica (invalidità civile, L. 104/92, ecc.);

Autorizza al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in parola, ai sensi del Reg. 2016/679/UE.

Data_____

Firma del/la richiedente (per esteso e leggibile)