

**DOMANDA D'ACCESSO AI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANCHE SOCIO SANITARIA
INTEGRATA RIVOLTI A PERSONE ANZIANE**

**SPAZIO RISERVATO PER IL TIMBRO
DI ARRIVO**

**AL COMUNE DI ANDRIA
Settore Servizi Sociali
palazzo degli uffici P.zza Trieste e Trento
70031 A N D R I A (BA)**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov. _____)

Il ____/____/____ residente nel Comune di _____

In Via _____ n. _____ tel. _____

Cod. Fisc. _____

A titolo personale ovvero in qualità di :

- tutore
 parente o affine

della persona di seguito generalizzata (DESTINATARIO DEL SERVIZIO) :

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente nel Comune di _____ in Via _____ n. _____

Cod. Fisc. _____ Tel. _____

CHIEDE

Di essere valutato ovvero che la persona indicata sia valutata per accedere al servizio/intervento di:

- Assistenza Domiciliare
 Assistenza Domiciliare Integrata

attivati dal Comune di Andria e dalla ASL BAT/1 in favore di:

- persone anziane

A tal fine, il sottoscritto, nella spiegata qualità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 5, 46 e 47 del DPR n. 445/2000

DICHIARA

**QUADRO A
COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE E SITUAZIONI PROBLEMATICHE**

Che nel suo nucleo, così come risultante dallo stato di famiglia alla data di presentazione della domanda, sono presenti le seguenti situazioni valutabili ai fini dell'attribuzione di punteggi specifici:

ELEMENTO DI VALUTAZIONE N.1

- N. _____ minori da 0 a 3 anni compiuti alla data di presentazione della domanda
- N. _____ minori da 3 e un giorno a 6 anni compiuti alla data di presentazione della domanda

ELEMENTO DI VALUTAZIONE N.2

- N. _____ persone affette da grave malattia invalidante con istanza di riconoscimento d'invalidità inoltrata in data ____/____/_____

AVVERTENZE: Ai fini dell'attribuzione del punteggio è necessario allegare all'istanza :

- 1) certificato medico attestante la grave malattia invalidante;
- 2) copia della domanda di riconoscimento dell'invalidità presentata agli enti competenti

ELEMENTO DI VALUTAZIONE N.3

- N. _____ persone in stato di gravidanza

AVVERTENZE:

Ai fini dell'attribuzione del punteggio è necessario allegare all'istanza:

- 1) certificato medico attestante la gravidanza

ELEMENTO DI VALUTAZIONE N.4

- N. _____ persone di età superiore a 70 anni;

AVVERTENZE:

Il punteggio sarà attribuito solo in caso di convivenza della persona ultrasettantenne con altri familiari e l'età sarà conteggiata con riferimento alla data di presentazione dell'istanza

ELEMENTO DI VALUTAZIONE N.5

- 5.1 N. _____ persone con invalidità civile fino al **66%**
- 5.2 N. _____ persone titolari d'invalidità sulla base di certificazione rilasciata da qualsiasi altro ente diverso dalla commissione medica invalidi civili.
- 5.3 N. _____ persone con invalidità civile dal **67%** fino al **73%**
- 5.4 N. _____ persone con invalidità civile dal **74%** fino al **100%**
- 5.5 N. _____ persone con invalidità civile al **100%** con accompagnamento
ovvero
 N. _____ persone di età inferiore ai 18 anni titolari di indennità di accompagnamento
- 5.6 N. _____ persone di età inferiore ai 18 anni titolare di assegno di frequenza
- 5.7 N. _____ persone con invalidità civile perchè "cieco ventesimista"
- 5.8 N. _____ persone con invalidità civile perchè "cieco assoluto" o "sordomuto"
- 5.9 N. _____ persone riconosciute portatrici di grave handicap ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/92

AVVERTENZE:

Il punteggio di cui agli indicatori da 5.1 a 5.8 non sono tra loro cumulabili per lo stesso soggetto. In caso di compresenza degli stessi si procederà all'attribuzione al cittadino del punteggio più elevato tra quelli attribuibili. Ai fini dell'attribuzione del punteggio è necessario allegare alla domanda certificazione attestante il possesso dei requisiti di cui ai punti da 5.1 a 5.9.

In caso di compresenza, nello stesso nucleo familiare, di più persone invalide, i punteggi saranno cumulati.

ELEMENTO DI VALUTAZIONE N.6

- trattasi di nucleo familiare monogenitoriale per (separazione , divorzio,decesso) ovvero di madre nubile,vivente in situazione di non convivenza con altri soggetti.

AVVERTENZE:

La situazione di cui sopra dovrà risultare dalla certificazione anagrafica fotografata alla data di presentazione dell'istanza

ELEMENTO DI VALUTAZIONE N.7

N. ___ persone con specifica e documentata grave problematica psichiatrica accertata dal Centro di Igiene Mentale:

AVVERTENZE:

Ai fini dell'attribuzione del punteggio è necessario allegare alla domanda certificazione rilasciata dal Centro di Igiene Mentale ed attestante la patologia

ELEMENTO DI VALUTAZIONE N.8

N. ___ persone con specifica e documentata dipendenza patologica accertata dal SERT

AVVERTENZE:

Ai fini dell'attribuzione del punteggio è necessario allegare alla domanda certificazione rilasciata dal SERT ed attestante la dipendenza patologica.

QUADRO B

SITUAZIONE ISEE

Per quanto concerne la normativa relativa al nuovo ISEE _____ dichiara quanto segue:

di aver presentato DSU giusto protocollo d'invio all'INPS N _____, con l'assistenza del CAAF _____ con sede in _____ in Via _____ Tel _____

di avere ISEE _____ (ISEE ORDINARIO) pari ad € _____ giusta attestazione INPS rilasciata in data _____ N. _____

Ovvero a scelta del richiedente ed ove in possesso dei requisiti di cui all'art 6 del DPR 159/2013

di avere ISEE _____ – **Socio Sanitario (Art 6 DPR 159/2013-ISEE RISTRETTO)** pari ad € _____ giusta attestazione INPS rilasciata in data _____ N. _____

AVVERTENZE:

La compilazione del seguente campo è obbligatoria per quanto concerne i dati identificativi relativi alla DSU e all'attestazione ISEE e la mancata compilazione determina il rigetto dell'istanza. In ordine alla documentazione da produrre a corredo dell'istanza: è facoltà del richiedente allegare copia della DSU presentata ovvero dell'attestazione ISEE in possesso, in mancanza, la predetta documentazione sarà acquisita automaticamente dall'ente, mediante accesso alle banche dati INPS.

Si ricorda che l'ISEE _____ ha validità dal rilascio dell'attestazione e con scadenza perentoria al 31/12/_____.

SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

Io sottoscritt... consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28/12/2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiaro di aver compilato la presente istanza/dichiarazione completa dei quadri A, B,C, D e E, e che quanto in essi espresso è vero ed è accertabile ai sensi dell'art. 43 del citato DPR n. 445/2000 ovvero documentabile su richiesta dell'Amministrazione competente.

Dichiaro altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445/2000; nel caso di erogazione di una prestazione sociale potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati da parte della Guardia di Finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio immobiliare .

Luogo	Data	Firma dichiarante
-------	------	-------------------

- La presente dichiarazione è resa nell'interesse del Soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o in sua assenza, dal figlio, o in mancanza di questo da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado al pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante **(barrare la casella se ricorre il caso)**
- La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale **(barrare la casella se ricorre il caso).**

Se ricorre uno dei casi suddetti ogni riferimento al "dichiarante" è da intendersi come riferimento al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME O PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE.

Cognome _____ Nome _____

Comune o stato estero di nascita _____ Prov _____ data di nascita _____

Comune di residenza _____ Prov _____ Cap _____

Indirizzo e n. civico _____ n. Tel _____

ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DICHIARANTE

Informativa ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

Gentile Utente, desideriamo informarLa che i Suoi dati saranno trattati dal personale autorizzato del Comune di Andria e da eventuali terzi nominati in qualità di Responsabili del trattamento, nel pieno rispetto dei principi fondamentali del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD), recante disposizioni per la tutela delle persone fisiche. In osservanza di tale Regolamento, il trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti e libertà fondamentali. In qualsiasi momento potrà esercitare tutti i suoi diritti scrivendo al Titolare del trattamento dei dati (Città di Andria - Palazzo di Città - Piazza Umberto I - 76123 Andria - (BT) - pec : protocollo@cert.comune.andria.bt.it).

L' informativa estesa è disponibile sul sito istituzionale del Comune di Andria, in Amministrazione trasparente – altri contenuti privacy al seguente indirizzo <http://www.comune.andria.bt.it/wpdm-package/informative-privacy-settore-4/>

L'interessato esprime consenso espresso per l'utilizzo dei dati dichiarati per finalità connesse e complementari rispetto alla richiesta formalizzata, con possibilità di comunicazione degli stessi a persone fisiche o giuridiche all'uopo incaricate.

DATA

FIRMA
