

DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI - DISABILI

Spett.le
Ufficio di Piano dell'Ambito N23
Piazza Duomo, 1 – 80035
Nola (Na)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
_____ tel. _____ C.F.: _____

in qualità di:

☐ Richiedente l'assistenza;

☐ Familiare/Tutore

del Sig. _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
_____ tel. _____ C.F.: _____

CHIEDE

l'attivazione del servizio di: ☐ Assistenza Domiciliare Anziani ☐ Assistenza Domiciliare Disabili

A tal proposito allega alla presente:

1. Certificazione da parte del Medico di Medicina Generale attestante che la totale non autosufficienza, ovvero parziale non autosufficienza, ovvero transitoria non autosufficienza, nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita non è superabile solo attraverso la fornitura di sussidi tecnici informatici, protesi o altre forme di sostegno (art. 9 legge 104/92), oppure certificazione delle commissioni per l'accertamento degli stati di invalidità civile, da cui risulti condizione di disabilità grave
2. Attestazione ISEE del nucleo familiare convivente con l'utente, in corso di validità, rilasciata ai sensi della normativa vigente;
3. fotocopia documento d'identità del richiedente in corso di validità, e documento d'identità di colui che presenta istanza, se diverso dal richiedente

_____ li _____

FIRMA

Informativa sulla privacy

Ai sensi del Codice sulla privacy, D.Lgs. n. 196/2003, si informano i richiedenti il servizio che:

- a) i dati personali forniti dai richiedenti il servizio sono raccolti esclusivamente per la procedura di valutazione necessaria ai fini dell'eventuale ammissione;
- b) il conferimento dei dati ha natura obbligatoria; la sua mancanza comporta l'impossibilità di attivare il servizio;
- c) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono: il personale dell'amministrazione interessato al procedimento e ogni altro soggetto che vi abbia interesse ai sensi della legge n. 241/1990 e ss.mm.ii.;
- d) i diritti dell'interessato sono quelli di cui al codice sulla privacy;
- e) il responsabile del trattamento è il Dirigente dell'ufficio di Piano dell'Ambito N23 mentre gli incaricati sono i soggetti dallo stesso designati all'interno dell' Ufficio di Piano.

FIRMA per Autorizzazione

DOMANDA DI CONFERMA AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI - DISABILI

Spett.le
Ufficio di Piano dell'Ambito N23
Piazza Duomo, 1 – 80035
Nola (Na)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
_____ tel. _____ C.F.: _____

in qualità di:

☐ Richiedente l'assistenza;

☐ Familiare/Tutore

del Sig. _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

_____ tel. _____ C.F.: _____

CHIEDE

di essere confermato per il prosieguo del servizio di:

Assistenza Domiciliare Anziani ☐

Assistenza Domiciliare Disabili ☐

A tal proposito allega alla presente:

1. certificazione da parte del Medico di Medicina Generale attestante la permanenza della condizione di totale non autosufficienza, ovvero parziale non autosufficienza, ovvero transitoria non autosufficienza, nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita non è superabile solo attraverso la fornitura di sussidi tecnici informatici, protesi o altre forme di sostegno (art. 9 legge 104/92), oppure certificazione delle commissioni per l'accertamento degli stati di invalidità civile, da cui risulti condizione di disabilità grave
2. attestazione ISEE del nucleo familiare convivente con l'utente, con riferimento ai redditi percepiti per l'anno precedente, rilasciata ai sensi del DPCM n. 159 del 05/12/2013 s.m.i.;
3. fotocopia documento d'identità del richiedente in corso di validità, e documento d'identità di colui che presenta istanza, se diverso dal richiedente

_____, lì _____

FIRMA

Informativa sulla privacy

Ai sensi del Codice sulla privacy, D.Lgs. n. 196/2003, si informano i richiedenti il servizio che:

- a) i dati personali forniti dai richiedenti il servizio sono raccolti esclusivamente per la procedura di valutazione necessaria ai fini dell'eventuale ammissione;
- b) il conferimento dei dati ha natura obbligatoria; la sua mancanza comporta l'impossibilità di attivare il servizio;
- c) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono: il personale dell'amministrazione interessato al procedimento e ogni altro soggetto che vi abbia interesse ai sensi della legge n. 241/1990 e ss.mm.ii.;
- d) i diritti dell'interessato sono quelli di cui al codice sulla privacy;
- e) il responsabile del trattamento è il Dirigente dell'ufficio di Piano dell'Ambito N23 mentre gli incaricati sono i soggetti dallo stesso designati all'interno dell'Ufficio di Piano.

FIRMA per Autorizzazione

Spett.le
Ufficio di Piano dell'Ambito N23
Piazza Duomo, 1 – 80035
Nola (Na)

RINUNCIA AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a

_____ nato/a a _____ il _____

_____ residente a _____ in via _____

tel. _____ C.F.: _____

in qualità di:

☐ richiedente l'assistenza;

☐ familiare/Tutore del Sig. _____

_____ nato/a a _____ il _____

_____ residente a _____ in via _____

tel. _____ C.F.: _____

DICHIARA

di voler rinunciare al servizio di Assistenza Domiciliare (☐ Anziani ☐ Disabili), a partire dal

_____.

E' consapevole che la rinuncia del servizio prevede l'esclusione dal progetto di Assistenza domiciliare. In caso di nuovo bando occorre la formalizzazione di una nuova richiesta, che sarà soggetta a nuova valutazione.

_____, li _____

FIRMA

Spett.le
Ufficio di Piano dell'Ambito N23
Piazza Duomo, 1 – 80035
Nola (Na)

ACCETTAZIONE COMPARTECIPAZIONE ECONOMICA AL COSTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a

_____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
tel. _____ C.F.: _____

in qualità di:

☐ richiedente l'assistenza;

☐ familiare/Tutore del Sig. _____

_____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
tel. _____ C.F.: _____

DICHIARA

ai fini dell'attivazione del servizio di Assistenza Domiciliare (☐ Anziani ☐ Disabili), di aver preso visione del relativo regolamento e di accettare la compartecipazione economica al costo del servizio nella misura del _____%, pari ad € _____ per ciascuna ora di servizio erogata, a seguito di presentazione di ISEE per accedere al servizio.

_____, li _____

FIRMA
