



Comuni Mesagne, Cellino San Marco, Erchie, Latiano, San Donaci,
San PancrazioS.no, San PietroV.co, Torchiarolo, Torre Santa Susanna

Spett.le

COMUNE DI _____
DEL CONSORZIO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA
INTEGRATO DI WELFARE DELL'ATS BR4
Via E. Santacesaria, 7 - 72023 Mesagne (BR)

DOMANDA PER L'ACCESSO AI SERVIZI DOMICILIARI - ANNUALITÀ 2025

Generalità del richiedente:

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente nel Comune di _____ via/piazza _____ n. _____

Domiciliato (se diverso dalla residenza) in Via _____ n. _____

Recapito telefonico _____

in qualità di

diretto interessato Genitore tutore curatore amministratore di sostegno

Familiare (specificare il grado di parentela) _____

del beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente nel Comune di _____ via/piazza _____ n. _____

Domiciliato (se diverso dalla residenza) in Via _____ n. _____

Recapito telefonico _____

MMG/PLS

Indirizzo _____

Telefono/ Cell. _____

N.B. ai fini della validità della domanda è obbligatorio compilare tutti i campi

MOTIVI DEI SERVIZI RICHIESTI

Il soggetto richiedente ai fini dell'accesso ai Servizi di Cure Domiciliari dichiara di essere in una delle seguenti condizioni di bisogno socio-assistenziale:

BISOGNO SOCIOASSISTENZIALE

- PERSONA ANZIANA in condizione di isolamento e di emarginazione sociale e/o in difficoltà o priva di assistenza e/o necessitante supporto al mantenimento dei livelli di autonomia;
- PERSONA ANZIANA con limitati condizionamenti di natura fisica, psichica, economica o sociale nel condurre una vita autonoma e/o necessitante attività di supporto dei livelli di autonomia e/o di assistenza nell'espletamento delle attività e delle funzioni quotidiane anche attraverso prestazioni a carattere assistenziale (igiene personale);
- PERSONA ANZIANA, parzialmente non autosufficiente, necessitante aiuto di tipo domiciliare nello svolgimento delle normali attività quotidiane e supporto alla mobilità personale in ambito domestico;
- PERSONA CON DISABILITÀ con bassa compromissione delle autonomie funzionali in condizione di isolamento e di emarginazione sociale e/o in difficoltà o priva di assistenza e/o necessitante supporto al mantenimento dei livelli di autonomia e/o supporto al nucleo familiare;
- PERSONA CON DISABILITÀ fisica, psichica o sensoriale necessitante aiuto di tipo domiciliare nello svolgimento delle normali attività quotidiane e supporto alla mobilità personale in ambito domestico

Dichiara, altresì

1. Di essere in possesso di certificazione dell'handicap ai sensi L. n. 104/1992? SI NO
2. Di essere in possesso di riconoscimento della condizione di "Handicap Grave" (art. 3 c.3 L. n. 104/1992)? SI NO
3. Di essere in possesso di riconoscimento di invalidità (civile/lavoro ecc.) ai sensi della L. n. 102/2009? (indicare percentuale _____%) SI NO
4. Di essere titolare di pensione di invalidità? SI NO
5. Di essere titolare di indennità di accompagnamento? SI NO
6. Di essere persona ultra 65enne? SI NO
7. Di essere fruitore delle prestazioni erogate dall'ASL (*allegare PAI*): SI NO
(Se SI, specificare)
- Assistenza infermieristica;
 - Visite programmate del Medico di Medicina Generale;
 - Riabilitazione a domicilio;
 - Altro _____;
8. Di essere fruitore di altri servizi e/o prestazioni erogati dall'ATS BR 4 SI NO
(Se SI, specificare)
- Buoni Servizio per l'accesso ai Servizi a ciclo diurno e domiciliari per anziani e persona e con disabilità-Annualità Operativa 2024/2025;
 - Pro.V.I. e Pro.V.I. Dopo di Noi (A.D. n. 037/2020 e ss.mm.ii.);
 - Sostegno Familiare (A.D. n. 1039 del 01/06/2023);
 - Patto di cura (A.D. n. 1040 del 01/06/2023);
 - Altro _____;

CHIEDE

che il Consorzio dell'Ambito Territoriale Sociale BR 4, valuti la presente domanda volta a consentire l'accesso a:

Servizio di Assistenza Domiciliare
S.A.D. (art. 87 R.R. n. 4/2007)

Assistenza Domiciliare Integrata
A.D.I. (art. 88 R.R. n. 4/2007)

N.B. ai fini della validità della domanda è obbligatorio compilare tutti i campi

PROPONE

al Consorzio dell'Ambito Territoriale Sociale BR 4 l'erogazione del seguente Piano di Assistenza:

Prestazioni	Fabbisogno	Frequenza (gg/sett.)	Durata (ore)	Numero accessi
<input type="radio"/> OSS	<input type="radio"/> igiene personale; <input type="radio"/> mobilizzazione; <input type="radio"/> assistenza alla cura della persona; <input type="radio"/> altro _____ _____;			
<input type="radio"/> OSA	<input type="radio"/> preparazione/ somministrazione pasti; <input type="radio"/> trasporto/accompagnamento per visite mediche e/o altre destinazioni; <input type="radio"/> riordino/igiene degli ambienti domestici; <input type="radio"/> disbrigo pratiche; <input type="radio"/> altro _____ _____;			

A tal fine, dichiara

che il beneficiario è in grado di far fronte al pagamento della quota sociale al costo dei Servizi o tramite i familiari tenuti all'obbligo degli alimenti (ex art. 433 c.c.);

di allegare Certificazione ai sensi della L. n. 104/92, invalidità civile o altra documentazione attestante la non autosufficienza (specificare) _____;

di allegare l' Attestazione

- I.S.E.E. ordinario pari a € _____;

- I.S.E.E. nucleo ristretto (solo nel caso di A.D.I.) pari a € _____;

di allegare documento di riconoscimento e codice fiscale in corso di validità;

di allegare PAI in corso di validità rilasciato dall'ASL competente (se fruitore);

N.B. ai fini della validità della domanda è obbligatorio compilare tutti i campi

di appartenere alla fascia (segnare con una X);

Fascia	Valore ISEE		% di compartecipazione a carico del beneficiario	costo orario a carico dell'Utente	costo orario a carico dell'Ambito esclusa IVA al 5%
	da	a			
1	€ 0,00	€ 3.500,00	0%	€ 0,00	€ 19,13
2	€ 3.500,01	€ 7.500,00	10%	€ 1,91	€ 17,22
3	€ 7.500,01	€ 12.500,00	20%	€ 3,83	€ 15,30
4	€ 12.500,01	€ 16.500,00	30%	€ 5,74	€ 13,39
5	€ 16.500,01	€ 22.500,00	40%	€ 7,65	€ 11,48
6	€ 22.500,01	€ 27.500,00	50%	€ 9,57	€ 9,57
7	€ 27.500,01	€ 32.500,00	60%	€ 11,48	€ 7,65
8	€ 32.500,01	€ 36.500,00	70%	€ 13,39	€ 5,74
9	€ 36.501,00	€ 40.000,00	80%	€ 15,30	€ 3,83
10	€ 40.001,00	e oltre	100%	€ 19,13	€ 0,00

di aver preso visione dell'informativa privacy completa (ai sensi dell'art. 13 del Reg. Europeo n° 679/2016)¹ presente sul sito web istituzionale del Consorzio ATS BR 4 e allegata alla presente domanda;

di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000.

Luogo e data

Firma

¹ **Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali. Informativa breve sul trattamento dei dati.**

Titolare del trattamento dei dati da Lei forniti è il Consorzio ATS BR 4, in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede Via E. Santacesaria, 7 - Mesagne (BR), TEL 0831.779207, info@ambitomesagne.it, consorzio@pec.ambitomesagne.it. Si informa che i dati da lei forniti saranno utilizzati per lo svolgimento dell'istruttoria relativa al procedimento a cui i dati si riferiscono. Il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale e/o per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico (ovvero di rilevante interesse pubblico). I dati forniti saranno trattati dal personale in servizio presso l'Ufficio di Piano del Consorzio e gli Uffici di Servizio Sociale del Comune interessato, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e potranno essere comunicati ai soggetti istituzionali (pubblici o privati) nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, o a terzi interessati nel rispetto della normativa disciplinante l'accesso. A tal proposito, si ricorda che le dichiarazioni sostitutive rese nella presente domanda sono oggetto di controllo da parte del Consorzio ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445. I suoi dati saranno trattati per il tempo stabilito dalla normativa nazionale, in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa (nel rispetto del Piano di conservazione e scarto del Consorzio). Il conferimento di tali dati è obbligatorio per dar corso alla richiesta o al procedimento di Suo interesse. Per esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Reg. UE 2016/679 contattare il Consorzio ai recapiti sopra indicati o il suo Responsabile della Protezione dei Dati (privacy@liquidlaw.it).

N.B. ai fini della validità della domanda è obbligatorio compilare tutti i campi

ESITO FINALE DELLA VALUTAZIONE DI APPROPRIATEZZA

(Spazio riservato all'Ente che accoglie Domanda per l'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare)

Servizio Sociale professionale del Comune di _____
Assistente Sociale Dott./ssa _____

Viste le dichiarazioni e le documentazioni acquisite in sede di istruttoria e preso atto degli esiti della valutazione sociale del caso,

SI DICHIARA LA

valutabilità in sede "socio-sanitaria" della richiesta di accesso al Servizio A.D.I. (art. 88 R.R. 4/2007) indicato da parte del richiedente beneficiario finale Sig. _____, in quanto lo stesso risulta in condizione accertata di "Handicap Grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3 L. 104/1992 e necessita di apposita Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) che ne accerti le specifiche condizioni di bisogno, gli obiettivi di cura e che dichiarare la tipologia di prestazioni appropriate a risponderci in modo adeguato.

Appropriatezza della richiesta di accesso al servizio indicato da parte del richiedente beneficiario finale Sig. _____.

ALLEGA:

- S.V.A.M.A./S.V.A.M.D.I.;
- *Altra documentazione a supporto;*

Data di rilascio della Valutazione

L'Assistente Sociale

N.B. ai fini della validità della domanda è obbligatorio compilare tutti i campi