

**RICHIESTA VOUCHER SOCIALE  
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (S.A.D.)**

AL COMUNE DI

**DATI DEL BENEFICIARIO**

Il sottoscritto (cognome) .....(nome).....  
nato/a a ..... Prov. .... il .....  
residente in via/piazza ..... n° .....  
Comune di ..... C.A.P. .... Prov. ....  
Stato civile ..... Recapito telefonico .....  
Codice Fiscale ..... Tessera Sanitaria .....

**CHIEDE**

l'erogazione del Voucher Sociale relativo al **SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE (S.A.D.)**, per poter usufruire la proprio domicilio delle seguenti prestazioni socio-assistenziali (barrare le tipologie interessate):

- IGIENE PERSONALE** DESCRIZIONE: igiene totale o parziale, alzata, posizionamento ausili e presidi se previsto, preparazione e somministrazione della colazione, controllo corretta assunzione farmaci, riordino bagno, camera e cucina, postura e mobilitazione in base alle limitazioni funzionali
- ASSISTENZA PASTO (** DESCRIZIONE: eventuali piccoli acquisti e commissioni, preparazione e/o somministrazione pasto, controllo corretta assunzione farmaci, riordino cucina, eventuale cambio pannolone, rimessa a letto, eventuale controllo frigorifero
- INTERVENTI DI SOCIALIZZAZIONE, SOLLIEVO, SOSTEGNO, CONTROLLO E COMMISSIONI**

DESCRIZIONE: mobilitazione, cura della casa<sup>1</sup> (igiene ambientale ordinaria, riordino straordinario di armadi e cassetti, lavaggio, stiro e riordino biancheria), accompagnamento per commissioni visite e socializzazione, commissioni e spesa, controllo (corretta assunzione farmaci, corretta alimentazione, frigorifero, condizioni di salute, alimentari e abitative), compagnia e sostegno

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

**DICHIARA**

- che il proprio nucleo familiare risulta composto dalle persone indicate nella tabella seguente:

<sup>1</sup> La prestazione "Cura della casa" deve essere OBBLIGATORIAMENTE integrata con altre prestazioni

Cognome e Nome	Grado di Parentela	Comune di residenza	Recapito telefonico

- che l'Attestazione I.S.E.E. (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) corrispondente al nucleo familiare sopra riportato è la seguente (**allegare copia Attestazione I.S.E.E.**):

<b>Valore I.S.E.E.</b>	€ _____
------------------------	---------

- di accettare la procedura e il sistema tariffario per l'erogazione del Voucher Sociale relativo al Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.);
- di impegnarsi a facilitare gli operatori domiciliari nello svolgimento della loro attività, adeguando l'ambiente con particolare attenzione al rispetto delle norme di sicurezza, pena la sospensione del servizio;
- di impegnarsi a corrispondere al proprio Comune di residenza la quota relativa all'eventuale compartecipazione economica a carico del richiedente in base all' I.S.E.E. del proprio nucleo familiare, calcolato come previsto alla normativa vigente;
- di accettare che Voucher Sociale venga utilizzato esclusivamente per acquistare prestazioni di natura socio-assistenziale dai soggetti erogatori accreditati, erogate mediante un intervento domiciliare di personale ausiliario in base al Progetto di Assistenza Individualizzato (PAI) concordato con il Servizio Sociale;
- di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti;
- preso atto dell'informativa ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. 196/2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", secondo la quale il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione del Voucher Sociale ed è realizzato dal personale dell'ASC e dei Comuni anche con l'utilizzo di mezzi elettronici, di acconsentire a tale trattamento.

Luogo e data ..... Firma .....

- 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 se ricorre questo caso)
- La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare se ricorre questo caso)

Indicare i dati anagrafici della persona che dichiara nell'interesse del soggetto impedito/incapace:

Cognome e Nome ..... grado di parentela.....  
 Comune di residenza ..... n. tel.....