



ENTE GESTORE DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

Al Servizio Sociale del comune di

OGGETTO: DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PLUS (A.D.I.P.)

Il/Sottoscritto/La sottoscritta

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a _____ a _____

Residente a _____ in via _____

n° _____ Tel _____ Cell _____

CHIEDE

Per se stesso

Per il/la proprio/a _____
(indicare il grado di parentela)

Di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata Plus (A.D.I.P)

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali e conseguenze previste dagli art. 75/76 del D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

•Che il destinatario dell'intervento è: _____
(Nome e Cognome)



ENTE GESTORE DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

Nato/a il _____ **a** _____

Residente e domiciliato a _____

In via _____ **CAP** _____ **Provincia** _____

C.F. _____ **Tel** _____

•Di scegliere, per la fruizione dei servizi specificati in oggetto, la seguente Ditta/Impresa/Cooperativa _____

Iscritta al n. _____ dell'Albo dei Soggetti Accreditati nell'Ambito Del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata Plus istituito presso il Comune di Mogoro- Ente Gestore Plus Ales Terralba- con Determinazione n. _____ del _____

• di essere a conoscenza che il mancato pagamento della quota contributiva comporterà la sospensione del servizio e il relativo recupero coatto;

•di essere informato che i dati acquisiti con la presente domanda saranno trattati e conservati dal Comune di _____ e dall'Ufficio di Piano Plus Ales – Terralba nel rispetto del D. Lgs. N° 196/2003 per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata. La raccolta è obbligatoria per la fase istruttoria del procedimento di organizzazione e attuazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata Plus e in assenza di essi il provvedimento finale non potrà essere emanato. Il responsabile del procedimento è il Responsabile del Servizio Sociale del Comune di Mogoro Dott.ssa Mura Sabina.

•che l'Indicatore ISEE relativo al nucleo familiare per l'anno _____ è pari a € _____

•di usufruire dei seguenti servizi:

- Servizio di Assistenza Domiciliare Comunale (SAD)
- Cure Domiciliari Integrate (CDI)
- Nessun intervento attivo



ENTE GESTORE DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

• Di essere beneficiario dei seguenti riconoscimenti:

- Invalidità Civile**
- Indennità di accompagnamento**
- L. 104/92**

• di allegare:

- Copia del Documento di Identità del Richiedente e del Beneficiario;**
- Attestazione I.S.E.E. in corso di validità;**
- Autocertificazione Eventuali Redditi percepiti esenti IRPEF(allegato A);**
- Copia del verbale di riconoscimento dell'Handicap ai sensi della Legge 104/92;**
- Copia del verbale di riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento;**
- Copia del Verbale di riconoscimento dell'Invalidità civile;**
- Certificazioni sanitarie attestanti le patologie;**
- Griglia di Valutazione Sociale(allegato B);**
- Griglia di Valutazione Sanitaria(allegato C).**

Luogo e Data _____

(Firma)

Dichiarazione di consenso al Trattamento dei dati personali e sensibili- D.lgs 196/2003

Il sottoscritto assistito o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e 76 e ss. del D. Lgs 196/2003 informato del fatto che i propri dati personali e sensibili verranno registrati e trattati nel rispetto di principi di correttezza, leicità e trasparenza.

Consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003, **acconsente al trattamento dei propri dati con le modalità e per le finalità sopra elencate.**

Luogo _____ Data _____

Firma _____



ENTE GESTORE DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

ALLEGATO A AL MODULO DI DOMANDA ADIP

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA REDDITI ESENTI IRPEF
(Autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ il

_____ Residente a _____ Via

_____ n Codice Fiscale _____

Tel/Cell _____ e-mail: _____

Consapevole che, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi Speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

DICHIARA

Che il nucleo familiare del beneficiario, per il quale si richiede l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata Plus ha percepito nell'anno _____ i seguenti redditi esenti IRPEF:

NATURA DEL REDDITO	EURO
Pensione di Invalidità civile, cecità, sordomutismo	
Indennità di Accompagnamento	
Pensione sociale o Assegno Sociale	
Redditi INAIL per invalidità permanente o decesso	
Pensione di guerra o reversibilità di guerra	
Borsa di studio universitaria o per frequenza corsi o attività di ricerca post laurea	
Altre entrate a qualsiasi (es. assegni di mantenimento, sussidi vari)	
Provvidenze economiche derivanti dalle leggi di settore (L. R. 13/89 – L. R. 27/83 – L. R 11/85 – L. R.09/2004-L.R. 20/97	

Luogo e Data _____

Firma



ENTE GESTORE DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

ALLEGATO B AL MODULO DI DOMANDA ADIP

All'Ufficio di Piano
Distretto Ales Terralba

Il/Sottoscritto/La sottoscritta _____ Assistente Sociale presso il

Comune di _____ Tel _____

ATTESTA che il/la Signor/a

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a _____ a _____

Residente a _____ in via _____

presenta la seguente situazione sociale, valutabile con il seguente punteggio:

Tabella di Valutazione Sociale inserimento in ADIP						
Prestazione	Punteggio					Totale
	SAD Comunale 1 punto	P.P. ex Legge 162/98 1 punto	SAD + P.P. L. 162/98 0,5 punti	SAD + ADI 0,5 punti	Nessuno 3 punti	
Servizi attivi						
Presenza della rete sociale	Presente e totalmente adeguata 1 punto	Poco presente adeguata 2 punti	Poco presente poco adeguata 3 punti	Assente 5 punti		
Riconoscimenti	Invalità Civile 2 punto	Inv. Civ. + L.104/92 1 punto	Indennità di Accompagnamento + L. 104/92 1 punto	Nessuno 3 punti		
Provenienza	Dimissione Ospedaliera 2 punti		Dimissione da Struttura socio sanitaria 1 punto	Domicilio 3 punti		
Totale punteggio						

Luogo e Data _____

Firma _____



ENTE GESTORE DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

ALLEGATO C AL MODULO DI DOMANDA ADIP

All'Ufficio di Piano
Distretto Ales Terralba

Il/Sottoscritto/La sottoscritta _____ Medico di Medicina Generale

presso il Territorio di _____ Tel _____

ATTESTA che il/la Signor/a

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a _____ a _____

Residente a _____ in via _____

presenta la seguente situazione sanitaria, valutabile con il seguente punteggio:

Tabella di Valutazione Sanitaria inserimento in ADIP			
		Punteggio	Totale
Servizio Cure Domiciliari Integrate		Presente 1 punto	Assente 3 punti
LIVELLO DI RISCHIO	ESEMPI DI PATOLOGIE		
Prevenzione delle complicazioni		1 punto	
Rischio basso	Fratture di femore	2 punti	
Rischio medio	Paralisi invalidanti, patologie cardiovascolari	3 punti	
Rischio alto	Sclerosi multipla, Sla, demenze	4 punti	
Intervento palliativo-EOL	Patologie tumorali	5 punti	
Totale punteggio			

Luogo e Data _____

_____ Firma