

**ALLEGATO "A"**

SIGNOR SINDACO DEL  
COMUNE DI \_\_\_\_\_

**OGGETTO: ISTANZA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE LEGGE 328/00-PIANO  
DI ZONA 2013/2015 E IMPLEMENTAZIONE – RIAPERTURA TERMINI.**

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a .....(.....) il...../...../.....

Residente a .....in via.....n.....

Codice Fiscale ..... Telefono.....

inqualità di:

- Diretto interessato
- Familiare (descrivere il grado di parentela).....
- Amministratore di sostegno
- Tutore
- Altro.....

**CHIEDE**

**di essere ammesso/a al servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) del PDZ 2013/2015 e  
Implementazione**

Per se stesso/a     per il/lasig.ra

.....nato/a.....il.....|.....|.....

residente in.....via.....n.....

Recapito telefonico.....C.F. ....

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e  
consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale  
e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- di essere residente nel Comune di .....
- di usufruire attualmente di un altro servizio Socio-Assistenziale:
  - SI (Specificare la tipologia di servizio).....
  - NO
- che il reddito del nucleo familiare ISEE è di € .....
- 
- che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ persone come di seguito indicato:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	GRADO DI PARENTELA

- che la **condizione familiare** del beneficiario è la seguente (*barrare la voce che interessa*):
  - convive con familiari in grado di assisterlo;
  - con figli residenti nel Comune;
  - con figli non residenti nel Comune;
  - vive da solo, privo di supporto familiare;
  - convive con familiari portatori di handicap senza ulteriore supporto.
- che presenta il seguente **stato di salute/invalidità**
  - Portatore di handicap in situazione di gravità (art.3-com.3L. n. 104/92);
  - Portatore di handicap (art.3- com. 1L. n.104/92);
  - Invalido al100%;
  - “All. B” o certificazione medica;
  - Disabile gravissimo con patto di cura.

**ALLEGA:**

- ✚ Certificazione medica attestante il grado di autonomia personale (Allegato “B”) ovvero certificazione medica attestante lo stato di non autosufficienza e/o lo stato di invalidità (verbale di commissione medica e/o verbale legge 104/92);
- ✚ Certificazione ISEE riferito all’intero nucleo familiare in corso di validità;
- ✚ Copia del documento d’identità del richiedente e del beneficiario

**AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY**

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del Regolamento EU nr. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ess.mm.ii.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

Comune di Castelliveterana del 14-02-2025 arrivo Cat. 7 Cl. 11  
Protocollo Partenza N. 8992/2025 del 13-02-2025  
Allegato 1 - Copia Documento

**ALLEGATO "B"**

**CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'AMMISSIONE ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE  
AGLI ANZIANI RESIDENTI NEI COMUNI DEL DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54**

Si certifica che il /la sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
affetto/a dalle seguenti patologie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Da controllo medico effettuato in data \_\_\_\_\_

Si evince che:

- E'AUTOSUFFICIENTE**  
 **E'PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE**  
 **NON E'AUTOSUFFICIENTE**

Si raccomanda di barrare una sola delle tre voci suindicate contrassegnando con una x l'apposita casella.

- Eventuale % di invalidità del paziente \_\_\_\_\_%
- Il paziente usufruisce dell'indennità di accompagnamento: SI [ ] NO [ ]
- Si rilascia su richiesta dell'interessato/a

*(Luogo e data)*

*(Timbro Firma del medico)*

**ALLEGATO "C"**

## CRITERI DI VALUTAZIONE

<b>AUTOSUFFICENZA DELL'ANZIANO</b>	
GRADO DI AUTOSUFFICENZA	<b>PUNTI</b>
Autosufficiente	0
Parzialmente autosufficiente	4
Non autosufficiente	6
<b>STATO DI SOLITUDINE</b>	
GRADO DI SOLITUDINE	<b>PUNTI</b>
<b>I bisogni primari dell'Utente sono soddisfatti</b> Rientrano in tale fattispecie quelle situazioni in cui i bisogni primari degli utenti (alimentazione, igiene della persona, sufficiente cura degli ambienti di vita, visite mediche, disbrigo principali pratiche) sono soddisfatte per mezzo dei familiari e/o di persone terze e/o delle capacità residue della persona.	0
<b>I bisogni primari dell'Utente sono solo parzialmente soddisfatti</b> Rientrano in tale fattispecie quelle situazioni in cui l'utente versa in una situazione in cui parte dei bisogni primari (alimentazione, igiene della persona, sufficiente cura degli ambienti di vita, visite mediche, disbrigo principali pratiche) <i>non sono adeguatamente soddisfatte</i> per mezzo dei familiari e/o di persone terze e/o delle capacità residue della persona, ravvisandosi, derivante da tali mancanze e quindi dall'assenza di un servizio domiciliare, una situazione di potenziale pregiudizio psico/fisico per l'utente.	4
<b>I bisogni primari dell'Utente non sono soddisfatti</b> Rientrano in tale fattispecie quelle situazioni in cui l'utente versa in una situazione di pregiudizio psico/fisico a causa del <i>non soddisfacimento</i> dei bisogni primari (alimentazione, igiene della persona, sufficiente cura degli ambienti di vita, visite mediche, disbrigo principali pratiche) <i>da parte</i> dei familiari e/o di persone terze e/o delle capacità residue della persona.	6
<b>ETA' DELL'ANZIANO</b>	
FASCE DI ETA'	<b>PUNTI</b>
65 – 75 anni	1
76 – 86 anni	2
Superiore a 87 anni	3
<b>REDDITO AI FINE ISEE</b>	
VALORE ISEE	<b>PUNTI</b>
ISEE da 0 a € 8.000	3
ISEE da € 8.000 a € 15.000	2
ISEE da € 15.001 a € 20.000	1
ISEE da € 20.001 in poi	0