



Comune di Adelfia

Comune di Capurso

Comune di Triggia

Comune di Cellamare

Comune di Valenzano

Comune Capofila

Ufficio di Piano

AMBITO TERRITORIALE N.5

ALLEGATO A – MODELLO DI DOMANDA

All'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale n.5

Oggetto: Richiesta di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / _____ residente a
_____ (__) in via _____ n. _____,
Codice Fiscale n.ro _____ / / / / / / / / / / / / / / / / / / / telefono

(contrassegnare la voce che interessa)

- ☐ in qualità di interessato
- ☐ di esercente la patria potestà/tutore o Amministratore di sostegno,
- ☐ di parente/affine (specificare _____)

(parte da compilare in caso di istanza richiesta da un familiare, convivente, tutore, amministratore o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere art. 4 DPR 445/2000):

del sig./ra _____ nato/a a _____ (____)
il ____ / ____ / ____, residente a _____(____) in
via _____ n. _____ codice Fiscale _____
_____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ telefono _____ /

CHIEDE

Di essere ammesso al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) a favore di anziani e disabili non autosufficienti, per le seguenti prestazioni (esclusivamente a favore del beneficiario):

PRESTAZIONI DI TIPO DOMESTICO consistenti in:

- ☐ Cura delle condizioni igieniche degli ambienti di vita primari della persona (camera da letto, cucina, bagno);

- ☐ Preparazione del letto;
- ☐ Piccolo bucato e stiratura;
- ☐ Preparazione dei pasti;
- ☐ Assistenza nell'organizzazione dell'attività domestica;
- ☐ Spesa e commissioni varie;

PRESTAZIONI DI AIUTO PERSONALE consistenti in:

- ☐ Igiene personale o totale della persona a letto e non;
- ☐ mobilitazione della persona costretta a letto;
- ☐ vestizione dell'utente;
- ☐ indicazione sull'applicazione di corrette norme igienico-sanitarie;
- ☐ rilevazione della temperatura, assistenza nell'assunzione di terapie farmacologiche;
- ☐ aiuto ad una corretta assunzione dei pasti;
- ☐ alimentazione a letto;
- ☐ aiuto al mantenimento di abilità psico-fisiche residue (uso del telefono, di elettrodomestici, di mezzi di trasporto, ecc...);

PRESTAZIONI E SOSTEGNO PSICO – SOCIALE consistenti in:

- ☐ attività di segretariato sociale;
- ☐ attività di promozione e attuazione della rete familiare e sociale in collaborazione con gli altri servizi del territorio;
- ☐ attività volte a favorire la socializzazione.

PRESTAZIONI DI ACCOMPAGNAMENTO:

- ☐ spostamenti dal luogo di residenza per:
- ☐ ☐ visite mediche e accertamenti diagnostici;
- ☐ ☐ riscossione pensione e disbrigo di altre pratiche amministrative

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 della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e 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 in uno stato di malattia o invalidità tale da comportare la necessità di un aiuto da parte di altre persone. Lo stato di malattia deve essere accertato mediante documentazione medica attestante la condizione di non autosufficienza o di disabilità: mediante acquisizione del verbale d'invalidità civile, attestazione di handicap ai sensi della L. 104/92, art 3, comma 1 e 3;
- che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di _____ (anni compiuti);
- di aver preso visione dell'avviso pubblico relativo al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) pubblicato dall'Ambito Territoriale n.5 e della relativa informativa per il trattamento dei dati personali;
- di avere la residenza nel Comune di facente parte dell'Ambito Territoriale Sociale n.5;
- di avere un'ISEE per l'annualità pari ad euro
- di non usufruire, per l'anno in corso, di altri servizi simili di tipo domiciliare previsti da altri Enti, quali INPS, Regione, etc.;
- di impegnarsi, qualora dovuto, al pagamento della quota di compartecipazione economica

del servizio richiesto così come stabilito dall'art.14 del "Disciplinare del servizio di assistenza domiciliare (SAD) approvato dal Coordinamento Istituzionale con delibera n. 25 del 02/12/2025;

➤ che il proprio stato di famiglia è così composto:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

che le condizioni familiari sono le seguenti:

- ☐ persona che vive sola senza figure parentali di riferimento;
- ☐ persona che vive sola e con figli fuori comune di residenza;
- ☐ persona con coniuge convivente e senza figli,
- ☐ persona con coniuge convivente e con figli fuori dal comune di residenza;
- ☐ persona che vive sola con figli nel comune di residenza;
- ☐ persona con coniuge convivente e con figli nel comune di residenza;
- ☐ persona che vive in un nucleo familiare con 1 o più adulti disabili e/o con caregiver over 75 anni (75 compresi),
- ☐ persona che vive in un nucleo familiare con 1 o più minori disabili;
- ☐ persona con problemi di salute mentale o con dipendenza patologica in carico al servizio sanitario pubblico specialistico;
- coppia di anziani di cui almeno uno non autosufficiente con familiari non in grado di prestare assistenza;
- ☐ coppia di anziani non autosufficienti;
- ☐ coppia di anziani non autosufficienti con figli disabili.

specificare nel dettaglio:

Che il beneficiario risulta:

- ☐ invalido civile al%;
- ☐ titolare di indennità di accompagnamento;
- ☐ portatore di handicap ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 1 (Handicap non Grave);
- ☐ portatore di handicap ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 3 (Handicap in situazione di gravità).
- ☐ Altro _____

ALLEGATI:

- Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
- Copia sottoscritta di un documento di riconoscimento in corso di validità e Tessera Sanitaria di chi propone l'istanza;
- Copia sottoscritta di un documento di riconoscimento in corso di validità e Tessera Sanitaria del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;
- Copia del verbale attestante l'invalidità civile e/o la disabilità (omologa del tribunale civile o relazione medica rilasciata dal medico di base etc.);
- eventuale attestazione di *presa in carico* da parte del servizio sanitario pubblico specialistico per soggetti con problematiche di salute mentale o di dipendenza patologica;
- ulteriore documentazione attestante altri componenti con disabilità.

(Luogo e data)

(Firma)
