



Comune di Agrigento - Capofila
Distretto Socio - Sanitario AO D1
(Agrigento – Aragona – Favara – Raffadali)
e mail: distrettosociosanitario@comune.agrigento.it Telefono 0922-590202

ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

-
PIANI DI ZONA 2018-2019 E 2019-2020
Determinazione Dirigenziale n. 3122 del 31.12.2022



DA COMPILARE ON LINE al seguente link <https://agrigento.serviziosocialedigitale.it>

Il sottoscritto nato/a a _____ il _____, residente in
_____ alla Via _____ n. _____,
C.F. _____, recapito telefonico _____,
e-mail _____

CHIEDE

- per se stesso
- per il proprio congiunto sig. _____ grado di
parentela _____ nato a _____ il _____,

residente in _____ alla Via _____ n° _____

C.F. _____, recapito telefonico _____

P'ammissione al Servizio di:

Assistenza Domiciliare Sociale (**SAD**) in favore di persone anziane non autosufficienti. A tal fine

D I C H I A R A

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art 75 e76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, sotto la propria responsabilità (condizione riferita al beneficiario della prestazione richiesta):

- a) Che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di _____ (anni compiuti);
- b) Che le sue condizioni familiari sono le seguenti:

ANZIANO	PUNTI	
Solo	10	
Parz. autosufficiente	5	
Non autosufficiente	10	
Supporto familiare assente	10	
Supporto familiare non idoneo	5	
Supporto familiare parz. idoneo	2	
ANZIANO CON CONIUGE/ CONVIVENTE	8	
Coniuge parz. autosufficiente	5	
Coniuge non autosufficiente	10	
ANZIANO CON CONIUGE E FIGLI	6	
Con figlio autosufficiente 1 punto per ciascun figlio		
Con figlio parzialmente autosufficiente	2	
Con figlio non autosufficiente	5	
PARENTI E AFFINI ENTRO IL 4° GRADO	2	
Se provvedono	2	
Se non provvedono	5	

c) che le sue condizioni di salute sono:

- persona titolare di certificazione di invalidità al 100% ed eventuale indennità di accompagnamento;
- persona titolare di certificazione di invalidità;
- persona parzialmente non autosufficiente con limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane;
- persona in condizione di isolamento/emarginazione sociale.

d) che il destinatario del beneficio richiesto risulta:

- usufruire dell'assegno di cura;
- usufruire di altri servizi erogati dal Comune o da altro Ente Pubblico (Indicare quale:

.....
);

usufruire di altro sostegno economico (ad es. Reddito di Cittadinanza, Pensione di Cittadinanza, sostegno economico comunale ecc.. Indicare quale:);

Altro _____ .

e) che il destinatario del beneficio richiesto ha un grado di autonomia come di seguito dettagliato:

Alimentazione

provvede all'alimentazione in maniera autonoma

provvede all'alimentazione in maniera non autonoma

Igiene personale

provvede all'igiene personale in maniera autonoma

provvede all'igiene personale con aiuto

provvede all'igiene personale in maniera totalmente non autonoma

Mobilità

sufficiente

con aiuto

su sedia

con protesi

nulla (persona allettata)

f) che il destinatario del beneficio richiesto fruisce di servizi domiciliari di natura socioassistenziale:

Welfare Leggero

Pasti a domicilio

Telesoccorso e Teleassistenza

Altro _____

g) che il destinatario del beneficio richiesto ha bisogno delle seguenti prestazioni di assistenza e domiciliare:

igiene e cura della persona;

governo e igiene dell'alloggio;

aiuto nella preparazione ed assunzione dei pasti e nella gestione delle attività quotidiane;

all'interno ed all'esterno dell'abitazione;

aiuto nella mobilità, nella deambulazione e mobilitazione del soggetto allettato;

sostegno morale e psicologico;

disbrigo pratiche varie quali: autorizzazioni per richieste mediche, esenzioni ticket su farmaci ed esami clinici, richiesta contributi, commissioni varie;

servizio di spesa a domicilio;

attività di sensibilizzazione del vicinato finalizzato alla riscoperta del valore della solidarietà e conseguenza ad offrirsi come risorsa umana a supporto dell'anziano costituendo così un valido deterrente per il rischio di emarginazione e di isolamento dello stesso.

altro: _____

h) **che il valore ISEE in corso di validità è pari ad €** _____;

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilite dal DPR n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Documenti allegati:

Modello I.S.E.E. e Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.) in corso di validità (rif. D.P.C.M. n. 159/2013 in vigore dal 01/01/2015);

Documentazione attestante la temporanea o permanente perdita di autosufficienza;

Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni del richiedente;

Copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario;

Copia del Verbale della Commissione di Invalidità Civile ed eventuale Indennità di Accompagnamento.

AUTORIZZA

L'Ambito Territoriale Sociale di Agrigento quale Comune capofila del Distretto Socio Sanitario AOD1 al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio, ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. 196/2003 "*Codice in materia di protezione dei dati personali*" e successive integrazioni.