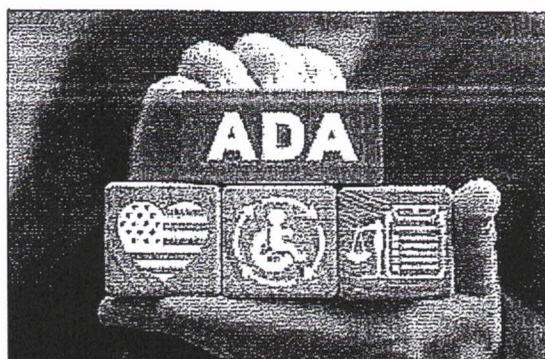




Comune di Agrigento - Capofila  
Distretto Socio - Sanitario AOD

(Aragona – Comitini – Favara – Ippolo Giancaxio – Porto Empedocle – Raffadali  
Realmonte – Sant'Angelo Muxaro – Santa Elisabetta – Siculiana)  
e-mail: [distrettosociosanitario@comune.agrigento.it](mailto:distrettosociosanitario@comune.agrigento.it) pec: [servizi\\_sociali@pec.comune.agrigento.it](mailto:servizi_sociali@pec.comune.agrigento.it)



**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ADA**

*Decreto PAC 4034 del 20.12.2022*

Distretto Socio Sanitario AOD1  
Comune capofila Agrigento  
Servizio Sociale Digitale  
[agrigento.serviziosocialedigitale.it](http://agrigento.serviziosocialedigitale.it)

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ in qualità di (\*) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'Ammissione al servizio ADA – Assistenza Domiciliare a valenza socio-sanitaria.

Per il / la paziente \_\_\_\_\_ nato/ a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Si specifica che il medico di medicina generale dell'assistito/a è il Dottore (\*\*)

reperibile presso il seguente indirizzo

cell.

e-mail

A tal fine consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni previste in caso di non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, di dichiarazione mendace o di formazione di atti falsi, ai sensi degli Artt. 75 e 76 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità dichiara che il paziente è:

Valore ISEE	Da	0	a	10.000,00	Punti
	Da	10.001,00	a	16.000,00	Punti
	Da	16.001,00	a	25.000,00	Punti
	Da	25.001,00	a	30.000,00	Punti
	Da	30.001,00	a	40.000,00	Punti
Oltre € 40.000,00					Punti
Condizioni Familiari	Persona che vive con parente non autosufficiente				
	Persona senza familiari conviventi, né parenti o affini residenti nel Distretto				
	Persona senza familiari conviventi ma che vivono in altri Comuni del Distretto				
	Persona convivente con qualsiasi familiare oltre i 75 anni				
	Persona che vive con altri familiari di età compresa tra i 65 e 75				
	Persona sola con parente o affine infra sessantacinquenne convivente disoccupato				
Stato di invalidità e/o disabilità	Soggetto inabile con indennità di Accompagnamento				
	Soggetto inabile al 100% (Difficoltà Gravi)				
	Soggetto invalido 67-99% (Difficoltà Medio-Gravi)				
	Soggetto invalido fino al 66%				
	Anziano disabile art. 3 comma 3 Legge 104/92				
	Anziano disabile art. 3 comma 1 Legge 104/92				

## ALLEGA

- ⊗ Copia Certificazione di invalidità ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge 104/92;
- ⊗ Copia Certificazione di invalidità uguale ai sensi dell'art.3, comma 1;
- ⊗ Copia certificazione del medico di medicina generale
- ⊗ Copia documento di identità in corso di validità del firmatario dell'istanza e del paziente;
- ⊗ ISEE corrente o DSU che attesti la richiesta;

## DICHIARA INOLTRE DI

- ⊗ Essere cittadino italiano
- ⊗ Essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_
- ⊗ Essere domiciliato momentaneamente nel Comune di \_\_\_\_\_