



MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI
Città Metropolitana di Messina
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30
COMUNE CAPOFILA PATTI
AOD N. 1

Patti - Brolo – Gioiosa Marea - L ibrizzi – Montagnareale – Oliveri – Piraino - San Piero Patti

IL/la sottoscritta _____ nat_a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ dal _____ via _____ n° _____

C.F. _____ Tel/Cell. _____ email _____

CHIEDE

Di essere ammesso al servizio ADA/SAD Assistenza domiciliare Anziani.

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n°445, e s.m.i. recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa:

DICHIARA

- Di essere solo/a _____ coniugato/a
 separato/a di fatto dal/la sig.ra _____
 separato legalmente dal/dalla sig./sig.ra _____
 inserito nel nucleo familiare di _____ dal _____
- Di abitare in casa di:
 proprietà di complessivi mq _____ ubicata in via _____
 affitto (allegare copia del contratto di locazione e, nel caso di richiesta per contributo affitto, specificare la strada in cui detto alloggio è ubicato via/piazza _____ e dichiarare, barrando la casella, se l'alloggio possiede caratteri tipologici comparabili a quelli dell'edilizia residenziale pubblica **SI** **NO**
 comodato gratuito
 altro (*specificare*) _____
 di tipo popolare
- Di non essere proprietario di beni immobili _____ Di essere proprietario di n° _____ beni immobili
Se proprietario di beni immobili barrare: adibito ad abitazione principale _____ adibito ad altro uso _____
 Di essere proprietario di n° _____ beni immobili non commerciabili (*come da allegata documentazione*)
- Che in atto il proprio nucleo familiare è composto da:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado parentela
Nel nucleo familiare sono presenti n. _____ componenti con handicap permanente o grave superiore al 66% giusta certificazione rilasciata da _____				

5. Che il proprio nucleo familiare nell'anno precedente _____ ha percepito un reddito complessivo annuo, (a qualsiasi titolo percepito) di € _____ rinveniente da (possono essere barrate più caselle):

Pensione INPS lavoratori dipendenti

- Pensione sociale
- Pensione di invalidità
- Indennità di accompagnamento
- Indennità di disoccupazione/altro similare
- Indennità di frequenza
- Lavoro dipendente
- Lavoro saltuario
- Lavoro autonomo
- Assegno di mantenimento del coniuge
- Altro (specificare la tipologia) _____

6. Che il proprio nucleo familiare alla data odierna gode di un reddito mensile (a qualsiasi titolo percepito) di € _____ rinveniente da _____

CHIEDE

Il servizio di Assistenza Domiciliare Anziani

Si allegano (barrare gli allegati)

- a. Fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità;
- b. Attestazione ISEE definitiva relativa ai redditi anno precedente a quello dell'istanza in corso di validità e/o Dichiarazione dei redditi., Modello CUD, Modello 730, Unico e/o Certificati di pensione precedente a quello dell'istanza;
- c. Eventuale Documentazione ritenuta utile ai fini di comprovare la condizione di disagio per cui si richiede il beneficio (contratto di locazione valido, certificati medici, altro) _____

Il sottoscritto _____ consapevole delle responsabilità penali e civili, dichiara- ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n.445 – che quanto contenuto nella presente dichiarazione sostitutiva unica è vero ed è documentabile su richiesta dell'A.C. ovvero è dalla stessa accertabile.

Dichiara altresì di essere consapevole che i benefici riscossi indebitamente su base di dichiarazione mendace, dovranno essere rimborsabili all'A.C..

Autorizza infine, ai sensi della legge n. 675/96 e s.m.i. il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, solo per le procedure necessarie all'istruzione e alla definizione della stessa.

Patti il _____

Il/La Dichiarante _____

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del Sig. _____ che si trova in situazione di impedimento o di incapacità – giusta _____

Il/La Dichiarante _____



MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30

AOD n.1

COMUNE CAPOFILA PATTI

(Patti - Brolo - Gioiosa Marca - Librizzi - Montagnareale - Oliveri - Piraino - San Piero Patti)

SERVIZIO ADA/SAD ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI

SCHEDA SULLO STATO DI SALUTE DI:

Signor _____ nat a _____

il ____ / ____ / _____, residente _____

Capacità di farsi capire SI NO

Capacità visiva: sufficiente parziale inesistente

Capacità uditiva: sufficiente parziale inesistente

Capacità di alimentarsi da solo: SI NO con aiuto

Capacità di vestirsi da solo: SI NO con aiuto

Capacità di lavarsi da solo: SI NO con aiuto

Capacità di deambulazione: normale con protesi con aiuto inesistente

Necessità di cure mediche continue: SI NO

Necessità di sedativi: SI NO

Osservazioni generali e/o particolari sullo stato di salute:

Il Medico Curante