



DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, ATS Sardegna ASSL Oristano, Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

Allegato C)

Al Servizio Sociale del Comune di

OGGETTO: Domanda di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare PLUS (ADI Plus).

Il/La sottoscritto/a

(se persona diversa dall'utente)

Cognome		Nome		Data e luogo di nascita	
Tipo di relazione con l'utente					
Residenza					
Recapiti telefonici/email					

DATI BENEFICIARIO:

Cognome

Nome

Sesso

M ☐ F ☐

Data di nascita

Comune di nascita

C.F.

Comune di residenza

Indirizzo

Telefono /Email

Domicilio

Indirizzo

Telefono/Email

Stato civile

Condizione lavorativa

Grado d'istruzione

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA o FAMILIARE DI RIFERIMENTO

Nome _____ Cognome _____ Ruolo _____

Residenza _____

Tel. _____ Email _____



DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, ATS Sardegna ASSL Oristano, Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

☐ **MEDICO DI MEDICINA GENERALE** _____

Tel. _____ Email _____ Indirizzo studio medico _____

ATTUALMENTE PRESSO:

☐ DOMICILIO ☐ OSPEDALE ☐ STRUTTURA RESIDENZIALE _____

CHIEDE

☐ Per sé stesso

☐ Per il/la proprio/a _____

(indicare la tipologia di relazione) i cui dati sono stati sopra indicati.

Di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata PLUS e a tal fine

DICHIARA

- 1) Di essere consapevole delle sanzioni penali e conseguenze previste dagli artt.75/76 del D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità;
- 2) Di scegliere, per la fruizione dei servizi specificati in oggetto, la seguente Cooperativa Sociale:

☐	CO.A.G.I.
☐	Incontro
☐	Consorzio Network
☐	Zerocento
☐	Insieme si può

Iscritta all'Albo dei Soggetti Accreditati nell'Ambito del Servizio ADI Plus istituito presso il Comune di Mogoro-Ente Gestore Plus Ales-Terralba con Determinazione 41 del 09/05/2017;

- 3) Che l'indicatore ISEE relativo al nucleo familiare per l'anno in corso è pari a €. _____ ;



DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, ATS Sardegna ASSL Oristano, Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

- 4) Che in base alla tabella di contribuzione utenza al costo del servizio rientra nella seguente fascia di reddito:

	Fascia	Da	A	% a carico del PLUS	% a carico del Cittadino	Costo orario OSS €. 20,60	Costo orario Infermiere €. 24,13
☐	1^ fascia	€. 0,00	€. 4.500,00	100%	0%	€. 0,00	€. 0,00
☐	2^ fascia	€. 4.500,01	€. 9.000,00	95%	5%	€. 1,03	€. 1,21
☐	3^ fascia	€. 9.000,01	€. 13.500,00	85%	15%	€. 3,09	€. 3,62
☐	4^ fascia	€. 13.500,01	€. 18.000,00	70%	30%	€. 6,18	€. 7,24
☐	5^ fascia	€. 18.000,01	€. 23.000,00	40%	60%	€. 12,36	€. 14,48
☐	6^ fascia	€. 23.000,01	€. 27.500,00	20%	80%	€. 16,48	€. 19,30
☐	7^ fascia	Oltre €. 27.500,01		0%	100%	€. 20,60	€. 24,13

- 5) Di essere a conoscenza che il mancato pagamento della quota contributiva comporterà la sospensione del servizio e il relativo recupero coatto;
- 6) Di usufruire dei seguenti servizi:
- ☐ Servizio di Assistenza Domiciliare Comunale (SAD)
 - ☐ Servizio di Cure Domiciliari Integrate (CDI)
 - ☐ Nessun intervento attivo

- 7) Di essere beneficiario dei seguenti riconoscimenti:

☐ Invalidità civile	☐ Indennità di accompagnamento	☐ L. 104/92
☐ L. 162/98	☐ Progetto "Ritornare a casa"	☐ Home Care Premium
☐ Altro:		

- 8) Di essere informato che i dati acquisiti con la presente domanda saranno trattati e conservati dal Comune e dall'Ufficio di Piano Plus Ales-Terralba nel rispetto de D. Lgs n. 196/2003 per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata. La raccolta è obbligatoria per la fase istruttoria del procedimento di organizzazione e attuazione del Servizio ADI Plus e in assenza di essi il provvedimento finale non potrà essere emanato. Il responsabile del procedimento è la Responsabile del Servizio Amministrativo-Finanziario ragioniera Peis Maria Teresa;



DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, ATS Sardegna ASSL Oristano, Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

9) Di acconsentire **il trattamento dei dati personali e sensibili D.lgs 196/2003** in qualità di beneficiario del servizio, o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dall'art. 13 e 76 e ss. Del D. Lgs 196/2003 informato del fatto che i propri dati personali e sensibili verranno registrati e trattati nel rispetto di principi di correttezza, liceità e trasparenza. Consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. del D. Lgs 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati con le modalità e per le finalità sopra elencate.

10) Di allegare:

- ☐ Copia del Documento di identità;
- ☐ Attestazione I.S.E.E. in corso di validità;
- ☐ Copia del verbale di riconoscimento dell'Handicap ai sensi della Legge 104/92;
- ☐ Copia del verbale di riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento;
- ☐ Copia del verbale di riconoscimento dell'Invalidità civile;
- ☐ Certificazioni sanitarie attestanti le patologie;
- ☐ Scheda di rilevazione della situazione socio-sanitaria (Allegato A).

Luogo e Data _____

(firma)
