



Distretto Sociosanitario di Carbonia

CALASETTA, CARBONIA, CARLOFORTE, GIBA, MASAINAS, NARCAO, NUXIS, PEDAXIUS, PISCINAS, PORTOSCUSO, SANTADI, SAN GIOVANNI SUERGIU, SANT'ANNA ARRESI, S'ANTIOCO, TRATALIAS, VILLAPERUCCIO, ASL N. 7, PROVINCIA DI CARBONIA IGLESIAS.

**ALL'UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE
DEL COMUNE DI SANTADI**

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ASSOCIATO O ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA SOCIOSANITARIA.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, residente in _____ Via _____ n. _____

C.F. _____, telefono _____;

CHIEDE

Per se

In qualità di _____;

in nome e per conto di _____ nato/a a _____ il _____

residente a Santadi in via _____ n. _____, CF _____,

tel. _____;

1. l'attivazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata Sociosanitaria;

2. l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Associato per le seguenti prestazioni (art. 6 del Regolamento per il Servizio di Assistenza Domiciliare Distrettuale) :

aiuti volti a favorire l'autosufficienza nelle attività giornaliere:



Distretto Sociosanitario di Carbonia



aiuto per il governo dell'alloggio e delle attività domestiche:

interventi igienico-sanitari di semplice attuazione:

interventi volti a favorire la socializzazione, la vita di relazione e l'integrazione degli utenti:

➤ Il beneficiario usufruisce di interventi sanitari domiciliari? SI NO

Se sì, indicare la tipologia degli interventi _____

A tal fine dichiara:

1. Di aver preso visione dei criteri per la determinazione della contribuzione utenza al costo del servizio, previsti all'art. 11 del Regolamento del Distretto Socio-Sanitari di Carbonia e di accettarli integralmente;
2. Di impegnarsi (art. 12 del Regolamento Distrettuale), qualora la documentazione reddituale non fosse immediatamente disponibile, a pagare la quota che dovrà eventualmente corrispondere in base all'entità del proprio reddito e delle prestazioni fornite;
3. Di essere consapevole che la mancata presentazione della documentazione reddituale comporterà il pagamento dell'intero costo del servizio di cui ha usufruito, (art. 12 del Regolamento);
4. Di impegnarsi a comunicare ogni variazione che possa comportare una modifica dell'entità della contribuzione;
5. Di essere consapevole che nei casi di accertamento della non veridicità della situazione economica dichiarata e/o modificata della stessa, senza che venga fatta alcuna comunicazione al Servizio Sociale Comunale, verranno messe in atto le dovute procedure di recupero dei crediti.



A tal fine allega:

- Certificazione ISEE riferita all'anno _____ del nucleo familiare del beneficiario;
- Certificazione medica;
- Copia del documento di identità in corso di validità, del dichiarante.

Data _____

Firma _____





DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI CARBONIA

CALASETTA, CARBONIA, CARLOFORTE, GIBA, MASAINAS, NARCAO, NUXIS, PEDAXIUS, PISCINAS, PORTOSCUSO, SANTADI, SAN GIOVANNI SUERGIU, SANT'ANNA ARRESI, S'ANTIOCO, TRATALIAS, VILLAPERUCCIO, ASL N. 7, PROVINCIA DI CARBONIA IGLESIAS.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, residente in _____, Via _____

n. _____ C.F. _____, tel _____;

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti, e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo DPR 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici

DICHIARA

Per se

In qualità di _____;

in nome e per conto di _____ nato/a il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

tel. _____ CF _____

- 1) Che il nucleo familiare del beneficiario, ha percepito nell'anno _____ i seguenti redditi esenti IRPEF:

Natura del Reddito	Euro
Pensione di invalidità civile, cecità e sordomutismo	
Indennità di accompagnamento	
Pensione sociale o assegno sociale	
Rendita INAIL per invalidità permanente o morte	
Pensione di guerra o reversibilità di guerra	
Altre entrate a qualsiasi titolo percepite	



Distretto Sociosanitario di Carbonia



3. Di comunicare tempestivamente ogni variazione della mutata composizione familiare, delle condizioni di reddito e di patrimonio.
4. Di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Data _____

Firma

INFORMATIVA RESA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.Lgs 196/2003

- a) Il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo che consente erogazione del servizio e la definizione di eventuale contribuzione a carico dell'utente, verrà effettuato con modalità informatiche e/o manuali;
- b) Il trattamento comporta operazioni relative anche ai dati sensibili, per i quali è individuata rilevanza di interesse pubblico nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003;
- c) I dati conferiti potranno essere comunicati totalmente o in parte, qualora necessario, ad altri Uffici del Comune e ad altri soggetti pubblici e privati, che in base a convenzioni e/o accordi stipulati con lo stesso Comune, sono tenuti al trattamento dei dati necessari allo sviluppo del suddetto procedimento amministrativo, ai sensi dell'art. 24 del D. Lgs 196/2003;
- d) Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e dei successivi adempimenti collegati al procedimento amministrativo. Il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati, comporta l'annullamento del procedimento per l'impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;
- e) Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati etc.). tuttavia la richiesta di cancellazione dei dati comporta l'esclusione dal servizio;
- f) I titolari del trattamento dei dati personali sono l'Ente Gestore e i Comuni del Distretto socio-sanitario di Carbonia.

FIRMA
