



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4
COMUNE DI CASTELTERMINI (Capofila)
Provincia di Agrigento**

Ambito territoriale: Casteltermini – Cammarata – San Giovanni Gemini

Distretto Socio-sanitario D4

Comune di _____

Piano di intervento Servizi di Cura per gli Anziani non autosufficienti ultra-sessantacinquenni

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Telefono _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

il servizio assistenza domiciliare anziani (ADA)

per sé

per _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

telefono _____ codice fiscale _____

Stato civile dell'utente

celibe/nubile

vedovo/a

separato/a

divorziato/a

coniugato/a con _____

DICHIARA

- Che l'utente e titolare di pensione (*) _____
Categoria _____ dell'importo di € _____

(*)vanno indicate tutte le pensioni percepite : es vecchiaia, invalidità, reversibilità, pensioni di guerra, assegni vitalizi, rendite anche se erogate da stati esteri, pensioni sociali, indennità di accompagnamento

- Che i componenti del nucleo familiare del beneficiario anche non convivente sono:

COGNOME E NOME	GRADO PARENTELA	ETA'	PROFESSIONE	LUOGO DI RESIDENZA

Il sottoscritto si impegna, ove dovuto, a compartecipare al costo del servizio ai sensi della normativa vigente.

_____ lì _____

IL RICHIEDENTE/ DICHIARANTE

Formula di acquisizione al consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali

Il /la sottoscritta interessato, acquisite le informazioni fornite dagli Enti titolari del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Regione e Comune), con la firma apposta alla presente scheda informativa, attesta il proprio consenso affinché i titolari procedano ai trattamenti dei dati personali per le finalità specifiche dell'intervento di cui alla presente domanda.

_____ Li _____

IL RICHIEDENTE

ALLEGA

- Certificazione ISEE accompagnata da apposita "Dichiarazione Sostitutiva Unica" (DUS) del nucleo familiare,
- Dichiarazione del medico curante (allegato A);
- Fotocopia del documento di identità;
- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni del nucleo convivente con l'utente.

Allegato A

Dichiarazione da inserire nell'istanza per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare anziani,
redatto e sottoscritto dal medico curante

Si certifica che il/la sig./sig.ra _____

Nato/a _____ il _____ soffre delle seguenti patologie:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____

Si certifica inoltre che le suddette patologie comportano la condizione di :

- non autosufficienza parziale
- non autosufficienza temporanea
- non autosufficienza totale

(luogo e data)

(timbro e firma del medico)