

ALLEGATO 1 – Disciplinare PAC Anziani Azioni di rafforzamento

**Al Comune di _____
Alla c.a. dei servizi sociali / Porta Unica d'Accesso**

OGGETTO: richiesta di accesso al servizio di assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti - non in ADI - Fondo PAC Servizi di cura Anziani Azioni di rafforzamento.

(scrivere in maniera leggibile)

Il /la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

C.F. _____ residente a _____

Indirizzo _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

- per sé
- per proprio familiare/parente interessato (specificare grado di parentela)

- _____
- in qualità di tutore giuridico della persona interessata o altro (specificare)

- _____
- Altro (specificare) _____

A favore di *(indicare il richiedete beneficiario - solo se diverso dal richiedente già generalizzato):*

Nome e Cognome _____

nato/a a _____ il _____ età _____

residente _____ indirizzo _____

Codice Fiscale _____ - Recapito Telefonico _____

l'accesso al servizio socio-assistenziale domiciliare per anziani non autosufficienti - non in ADI - a valere sul Fondo PAC Servizi di cura Anziani - Azioni di rafforzamento - AT C03.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali prevista dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni ivi indicate,

DICHIARA

(Importante - barrare con una X la condizione interessata)

Che i dati e le informazioni relative alla persona interessata alla richiesta sono i seguenti:

- Disabile grave ultrasessantacinquenne non autosufficiente, come da certificazione ASL, nelle funzioni della quotidianità;

- anziano affetto dalla/e seguente/i patologia/e o condizione con livello di gravità medio - alta: (barrare con una o più X):

- patologia cronico degenerativa non reversibili, specificare
- demenza;
- stato vegetativo;
- altro (specificare) _____

Il MMG è _____

Comune _____ indirizzo _____

Tel. _____ cell. _____

e-mail _____

Riceve dalla A.S.L. _____ le seguenti cure/ prestazioni sanitarie o sociosanitarie (specificare): _____

Riceve dai Servizi Sociali dell'Ambito C3 le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie (specificare): _____

Indicare con una X una sola delle seguenti condizioni del nucleo familiare

- Anziano che vive da solo, in situazione di isolamento fisico e/o sociale, e che non ha una rete parentale e di buon vicinato a supporto
- Anziano che vive da solo ma non in situazione di isolamento e che ha una rete parentale (caregiver) e di buon vicinato ma a parziale supporto
- Anziano che vive con un familiare (caregiver) ma anche con altri familiari invalidi e/o con problemi psichiatrici, di alcolismo, disoccupazione, e che comunque presentano una situazione di svantaggio sociale.
- Anziano che vive con un solo familiare caregiver con età superiore ai 70 anni
- Anziano che vive con un solo familiare caregiver autosufficiente ed autonomo, in età lavorativa

Indicare con una x la presenza nel nucleo familiare di minori

- Anziano che vive in un nucleo familiare con minori

DICHIARA, altresì:

Di rendersi disponibile alla valutazione da parte di personale competente, anche presso il proprio domicilio, e a fornire tutte le informazioni necessarie per la redazione del progetto personalizzato - PAI;

Di essere a conoscenza che il criterio per l'ammissione al servizio è determinato:

- dalla condizione di non autosufficienza certificata dal proprio MMG;

- dal livello di bisogno assistenziale determinato dal punteggio del profilo assistenziale, di cui all'allegato 2 del Disciplinare e dalla sez. C della S.Va.M.A., la cui compilazione è a carico delle assistenti sociali. Il punteggio per l'accesso al servizio deve definire un profilo assistenziale a media o altra intensità assistenziale;

- dal valore ISEE.

A tal proposito, dichiara che:

- da Certificazione il proprio valore ISEE è _____;

- il valore ISEE presunto da DSU è _____.

Dichiara, inoltre, di essere consapevole che:

- l'eventuale accettazione del servizio è sostitutivo di ogni altra prestazione a carattere sociale e socio-sanitaria dell'Ambito Territoriale/Comune o definita in sede di U.V.I., con il Distretto Sanitario 14, e che non può e non potrà essere beneficiario di altra forma di aiuto socio-assistenziale e socio-sanitario, erogato anche da altri Enti, per tutto l'arco temporale di erogazione delle prestazioni SAD e che lo stesso si sospende, di norma, a far data dal ricovero presso struttura sanitaria, socio-sanitaria o assistenziale a carattere residenziale.

- qualora il servizio non venga affidato e pertanto non si realizzi, i richiedenti che hanno presentato domanda non avranno nulla a pretendere.

Il richiedente o delegato alla presentazione della richiesta, inoltre, s'impegna:

- a fornire tempestivamente, pena l'esclusione, altre ed eventuali informazioni e documenti;
- a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato;
- a comunicare tempestivamente al proprio Comune di residenza qualsiasi variazione alle informazioni e ai dati contenuti nella presente richiesta. Il Comune di residenza è dovuto alla comunicazione tempestiva dei dati acquisiti alla PUA C3;

Il familiare/parente/delegato di riferimento, con funzione di care-giver, contattabile è:

Nome e Cognome _____

tel. _____ Cell. _____

e-mail _____ PEC _____

Allega alla presente:

- Certificazioni sanitarie attestati la patologia ed il livello di gravità (specificare)

- Certificato del proprio MMG attestante la condizione di non autosufficienza, anche temporanea, e la necessità delle cure domiciliari;
- Certificato ISEE, in corso di validità, o della DSU, con riserva di integrazione ISEE;
- Fotocopia documento di riconoscimento, in corso di validità, del beneficiario;
- Fotocopia documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente. .

lì, _____

In Fede

Il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.lgs.vo 196/03 e s.m.i. e autorizza il Comune di residenza e l'UDP dell'Ambito Territoriale C3 al trattamento e all'elaborazione dei dati forniti per finalità statistiche e gestionali, anche mediante l'ausilio di procedure informatizzate, e al trasferimento dei dati personali ad altri Enti per gli adempimenti amministrativi e per la valutazione, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie.

lì, _____

In Fede