



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

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Data di nascita	Comune di nascita	C.F.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comune di residenza	Indirizzo	Telefono /Email
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio	Indirizzo	Telefono/Email
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Condizione lavorativa	Grado d'istruzione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA o FAMILIARE DI RIFERIMENTO

Nome _____ Cognome _____ Ruolo _____

Residenza _____

Tel. _____ Email _____



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

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
<input type="checkbox"/>	1^ fascia	€. 0,00	€. 4.500,00	100%	0%	€. 0,00	€. 0,00
<input type="checkbox"/>	2^ fascia	€. 4.500,01	€. 9.000,00	95%	5%	€. 1,03	€. 1,21
<input type="checkbox"/>	3^ fascia	€. 9.000,01	€. 13.500,00	85%	15%	€. 3,09	€. 3,62
<input type="checkbox"/>	4^ fascia	€. 13.500,01	€. 18.000,00	70%	30%	€. 6,18	€. 7,24
<input type="checkbox"/>	5^ fascia	€. 18.000,01	€. 23.000,00	40%	60%	€. 12,36	€. 14,48
<input type="checkbox"/>	6^ fascia	€. 23.000,01	€. 27.500,00	20%	80%	€. 16,48	€. 19,30
<input type="checkbox"/>	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:

<input type="checkbox"/> Invalidità civile	<input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento	<input type="checkbox"/> L. 104/92
<input type="checkbox"/> L. 162/98	<input type="checkbox"/> Progetto "Ritornare a casa"	<input type="checkbox"/> Home Care Premium
<input type="checkbox"/> 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 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

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)
