



Distretto Sociosanitario di Carbonia

CALASETTA, CARBONIA CARLOFORTE, GIBA, MASAINAS, NARCAO, NUXIS, PERDAXIUS,
PISCINAS, PORTOSCUSO, SANTADI, SAN GIOVANNI SUERGIU, SANT'ANNA ARRESI,
SANT'ANTIOCO, TRATALIAS, VILLAPERUCCIO, ASL n°7, PROVINCIA CARBONIA IGLESIAS

Prot. N° _____ del _____

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

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato 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 _____
in via _____ n. _____, CF _____,
tel _____;

1. **L'attivazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata Socio-Sanitaria;**

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:





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 avere preso visione dei criteri per la determinazione della contribuzione dell'utenza al costo del servizio, previsti all'art. 11 del Regolamento del Distretto Socio-Sanitario 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 per modifica 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;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione come da modulo allegato ;
- Certificazione medica;
- Copia del documento d' identità in corso di validità, del dichiarante.

Data, _____

Firma _____





DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI CARBONIA

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____, residente in _____, Via _____ n. _____ C.F. _____, telefono _____;

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 beneficiari, ha percepito nell'anno _____ i seguenti redditi esenti IRPEF :

Natura del reddito	Euro
Pensione di invalidità civile, cecità, 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	

1. Di comunicare tempestivamente ogni variazione della mutata composizione familiare, delle condizioni di reddito e di patrimonio.
2. 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 dell' 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. 196/03;
- c) I dati conferiti potranno essere comunicati totalmente o in parte, qualora necessario, ad altri uffici del Comune e a 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. l.g.s. 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.l.g. 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.
- g)

FIRMA





SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE - PERCENTUALE CONTRIBUZIONE UTENZA

N.B. Costo orario del servizio di assistenza domiciliare: €.18,95-

La percentuale di contribuzione si calcola sul costo orario del servizio e varia in base alle ore che ciascun utente usufruisce.

SEE	CONTRIBUZIONE UTENTE(% utente calcolata)
Da 0 a 3.000,00	ESENTE
€ 3.500,00	0,7%
€ 4.000,00	1,5%
€ 4.500,00	2,5%
€ 5.000,00	3,7%
€ 5.500,00	5,1%
€ 6.000,00	6,7%
€ 6.500,00	8,4%
€ 7.000,00	10,4%
€ 8.000,00	14,8%
€ 9.000,00	20,0%
€ 10.000,00	25,9%
€ 11.000,00	32,6%
€ 12.000,00	40,0%
€ 13.000,00	48,2%
€ 14.000,00	57,0%
€ 15.000,00	66,7%
€ 16.000,00	77,0%
€ 17.000,00	88,2%
DA 18.000,00	100,0%