



**DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI  
ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
alla via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
n. telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

per se stesso  
 in qualità di \_\_\_\_\_  
del/della sig./ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
alla via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_  
n. telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_,

l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale (SAD):

nei giorni \_\_\_\_\_;  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_;  
per numero di ore settimanali \_\_\_\_\_;

Tipologia di prestazioni richieste:

- cura e igiene della persona;  
 prestazioni di tipo domestico;  
 prestazioni di tipo socio assistenziale;  
 altro \_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000), con riferimento alla persona destinataria della prestazione \_\_\_\_\_ sociale, \_\_\_\_\_ quanto \_\_\_\_\_ segue:

Composizione del nucleo familiare del destinatario del servizio:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	RAPPORTO PARENTELA

- il valore ISEE del nucleo familiare in corso di validità è pari a € \_\_\_\_\_;  
 di essere invalido civile al 100%;  
 di essere beneficiario di indennità di accompagnamento;  
 di essere dichiarato persona con handicap di particolare gravità di cui all'art. 3 comma 3 Legge 104/92;

- persona con ridotta autonomia per disturbi del comportamento, per marginalità sociale e per handicap psichico lieve, su indicazione del componente servizio dell'asl;
- anziano ultra sessantacinquenne parzialmente autosufficiente in condizione di disagio psichico, fisico o materiale, con necessità di tutela sociale, privo di rete familiare;
- di aver preso visione delle quote di compartecipazione , per fasce ISEE, specificate nella seguente tabella:

	Valore ISEE	Tariffa oraria
I fascia	Da euro 0 a euro 2.000	Esente
II fascia	Da euro 2.001,00 a euro 5.000,00	1,83 euro l'ora
III fascia	Da euro 5.001,00 a euro 10.000,00	3,66 euro l'ora
IV fascia	Da 10.001,00 a euro 15.000,00	5,50 euro l'ora
V fascia	Da 15.001,00 a euro 20.000,00	7,33 euro l'ora
VI fascia	Da 20.001,00 a euro 25.000,00	9,16 euro l'ora
VII fascia	Da 25.001,00 a euro 30.000,00	10,99 euro l'ora
VIII fascia	Da euro 30.001,00 a euro 35.000,00	12,82 euro l'ora
IX fascia	Da euro 35.001,00 a euro 40.000,00	14,66 euro l'ora

#### **SI IMPEGNA**

- al versamento della quota massima in caso di mancata consegna dell'ISEE;
- al versamento della quota a suo carico di euro \_\_\_\_\_ l'ora;
- a versare la quota di compartecipazione prevista, bimestralmente, mediante versamento bancario da effettuarsi presso Unicredit Banca spa, sul Conto Corrente della Tesoreria del Comune di Campi Salentina IBAN IT 18 F 052627 9748T 20990001234, specificando la casuale: "Quota SAD mese di \_\_\_\_\_";
- a produrre all'Ufficio Servizi Sociale del Comune di residenza copia dell'avvenuto versamento.

#### **Allega:**

- attestazione ISEE in corso di validità;
- copia documento di identità del richiedente e del destinatario del servizio;
- Verbale della Commissione Sanitaria/Certificazione medica (invalidità civile L. 104/92, ecc).

#### **Informativa sull'uso dei dati personali**

Dichiara, inoltre, di essere informato ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR( Regolamento UE 2016/679), che i dati sopra riportati saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del/la richiedente (per esteso e leggibile)*