








DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D22



						
Comune di Calascibetta	Comune di Catenanuova	Comune di Centuripe	Comune di Enna	Comune di Valguarnera	Comune di Villarosa	A.S.P. Enna

Ufficio del Piano di Zona A A A A A

Al Comune di _____

ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

nato/a

il

e residente in _____, via/piazza/c.da

n.

telefono

Codice fiscale

CHIEDE

per se medesimo oppure per

Cognome

Nome

nato/a

il / /

e residente in _____, via/piazza/c.da n.

telefono

Codice fiscale

di poter fruire del servizio di "Assistenza domiciliare anziani" di cui all'Avviso determinazione Comunale capofila n. 261 del 23.5.2019

AAAA

e al fine di poter fruire del servizio e consentire all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di _____ la valutazione delle condizioni socio-economiche per l'eventuale intervento di sostegno, e consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

di percepire le seguenti indennità non soggette ad IRPEF

- | | | | |
|---|----------|----------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> pensione estera | pari a € | <input type="text"/> | annui |
| <input type="checkbox"/> invalidità civile | pari a € | <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> indennità di accompagnamento | pari a € | <input type="text"/> | annui |
| <input type="checkbox"/> rendita INAIL | pari a € | <input type="text"/> | annui |
| <input type="checkbox"/> altro _____ | pari a € | <input type="text"/> | annui |

che il reddito ISEE per l'anno 2019 è pari ad €

AAA

Dichiara inoltre che il proprio nucleo familiare si compone come segue:

Nucleo familiare (dichiarante, componenti della famiglia anagrafica, soggetti considerati a carico ai fini IRPEF)					
N.	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Residenza	Rel. parentela
D					
2					
3					

Informa inoltre che i familiari più prossimi non conviventi (è obbligatoria la compilazione) sono:

N.	Cognome	Nome	Telefono	Residenza	Rel. parentela
1					
2					
3					

^^^

Dichiara inoltre l'invalidità riconosciuta ai sensi di Legge, come di seguito:

Invalidità				
N.	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Grado
D				
2				
3				

Che il proprio medico curante è il Dott.

Cognome																			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

^^^

Io sottoscritto consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro di avere compilato il presente modello di richiesta, e che quanto in essi espresso è vero ed è

accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n. 445, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000; che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.(codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

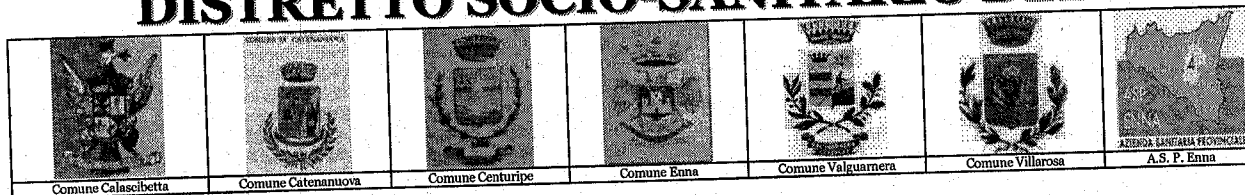
- Allega

- certificazione del medico di famiglia attestante la condizione di non autosufficienza e l'eventuale necessità dell'assistenza redatta sull'apposito modulo predisposto
- eventuale certificato attestante l'invalidità civile o la disabilità ai sensi della legge 104/92
- certificato dei redditi ISEE in corso di validità del richiedente e dei singoli componenti il nucleo familiare e/o conviventi, il reddito non deve superare i 9.000,00 €
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.
- eventuale documentazione a supporto delle dichiarazioni rese.

Enna, _____

Il Dichiarante

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D22



Assistenza domiciliare per anziani SCHEDA DESCRITTIVA DELL'AUTOSUFFICIENZA (da compilarsi a cura del medico di famiglia)

BARTHEL: VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'

ANZIANO: _____

Età _____

ATTIVITA'

Alimentazione

0= incapace

5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo

10 = indipendente

Fare il bagno

0= dipendente

5= indipendente

Igiene personale

0= necessita di aiuto

5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserirsi la spina se usa il rasoio)

Vestirsi

0= dipendente

5= necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole

10 = indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni

Controllo del retto

0= incontinente

5= occasionali incidenti o necessita di aiuto

10 = continente

Controllo della vescica

0= incontinente

5= occasionali incidenti o necessita di aiuto

10 = continente

Trasferimenti nel bagno	<input type="checkbox"/>
0= dipendente	
5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica	
10 = indipendente	
Trasferimenti sedia/letto	<input type="checkbox"/>
0= incapace, no equilibrio da seduto	
5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi	
10 = minima assistenza e supervisione	
15= indipendente	
Deambulazione	<input type="checkbox"/>
0= immobile	
5= indipendente con carrozzina per > 45 m	
10 = necessita di aiuto di una persona per > 45 m	
15= indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es.bastone) ad eccezione del girello	
Salire le scale	<input type="checkbox"/>
0= incapace	
5= necessita di aiuto o supervisione	
10 = indipendente, può usare ausili	
TOTALE (0-100)	

In seguito alla valutazione generale

SI CERTIFICA CHE

- l'anziano è parzialmente autosufficiente
- l'anziano non è autosufficiente

(data) _____

Firma
e timbro del medico curante