



**Distretto Socio Sanitario**  
**Comune capofila Enna**  
**Ufficio del Piano di Zona**

Dirigente dell'Area Ing. Paolo Puleo - Coordinatore Gruppo Piano Francesco Fiorello  
Via della Residenza, 1 – tel. 0935.40232 – fax 0935.26204 – [politichesociali@comune.enna.it](mailto:politichesociali@comune.enna.it)  
AAAAAAAA

Al Comune di \_\_\_\_\_

**ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI non in ADI – Il riparto PAC**

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 non in ADI"

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

che il reddito ISEE per l'anno corrente 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					

AAA

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																				

AAA

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.

---

Il Dichiarante

---



Distretto  
Socio-Sanitario

Comune capofila Enna  
Ufficio del Piano di Zona

Dirigente dell'Area Ing. Paolo Puleo - Coordinatore Gruppo Piano Francesco Fiorello  
Via della Residenza, 1 - tel. 0935.40232 - fax 0935.26204 - [politichesociali@comune.enna.it](mailto:politichesociali@comune.enna.it)

AAAAAAAA

## Assistenza domiciliare per anziani

### SCHEDA DESCRITTIVA DELL'AUTOSUFFICIENZA

(da compilarsi a cura del medico di famiglia)

BARTHEL: VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'	
ANZIANO: _____	Età _____
ATTIVITA'	
<b>Alimentazione</b> 0= incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10 = indipendente	<input type="checkbox"/>
<b>Fare il bagno</b> 0= dipendente 5= indipendente	<input type="checkbox"/>
<b>Igiene personale</b> 0= necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	<input type="checkbox"/>
<b>Vestirsi</b> 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	<input type="checkbox"/>
<b>Controllo del retto</b> 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessita di aiuto 10 = continente	<input type="checkbox"/>
<b>Controllo della vescica</b> 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessita di aiuto 10 = continente	<input type="checkbox"/>

<b>Trasferimenti nel bagno</b> 0= dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10 = indipendente	<input type="checkbox"/>
<b>Trasferimenti sedia/letto</b> 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	<input type="checkbox"/>
<b>Deambulazione</b> 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	<input type="checkbox"/>
<b>Salire le scale</b> 0= incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10 = indipendente, può usare ausili	<input type="checkbox"/>
<b>TOTALE (0-100)</b>	<input type="checkbox"/>

**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