





### DICHIARA

- di aver presentato istanza di valutazione nell'anno 2015 e di aver usufruito delle prestazioni e/ o interventi di cui alla DGR 2883/2014 MISURA B2;
- di aver attualmente ancora in corso interventi finanziati con risorse della DGR 2883/14

### DICHIARA

- Di essere in carico all'Assistenza domiciliare integrata (ADI)  
ente erogatore \_\_\_\_\_
  - \* operatore \_\_\_\_\_ n. accessi mensili \_\_\_\_\_
  - \* operatore \_\_\_\_\_ n. accessi mensili \_\_\_\_\_
  - \* operatore \_\_\_\_\_ n. accessi mensili \_\_\_\_\_
- \* indicare figura professionale (es. medico, infermiere, fisioterapista, dietista)
- Di essere in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare del Comune di \_\_\_\_\_  
n. accessi settimanali \_\_\_\_\_  
assistente sociale di riferimento \_\_\_\_\_  
(cognome, nome e recapito telefonico)
- Di essere stabilmente inserito in unità d'offerta socio-sanitarie o sociali:  
 CDD  CSE  SFA  CDI altro \_\_\_\_\_
- L'assistenza è garantita da:
  - familiare \_\_\_\_\_ n. ore giornaliere \_\_\_\_\_  
(cognome, nome e rapporto di parentela)
  - non familiare:  assistente personale tempo pieno
  - assistente personale tempo parziale: ore giornaliere \_\_\_\_\_

### DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che l'ATS ed il Comune , ai sensi dall'art. 71 del d.p.r. 28/12/2000 n. 445, potranno procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n° 445/2000.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma



### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI**

Acquisite le informazioni ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, consapevole che il consenso al trattamento riguarda i dati "sensibili" definiti dall'art. 4 lett. d) del citato decreto come "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" presta il consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Firma

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### **documenti da allegare all'istanza da parte del beneficiario/richiedente (se non già presentata nel 2015 e non vi sono state modifiche)**

- Documento d'Identità dell'assistito
- Tessera Sanitaria dell'assistito
- Verbale di invalidità
- Segnalazione del Medico di Medicina Generale o Pediatra (all.2 del piano operativo)
- Eventuale altra documentazione sanitaria
- Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale

#### **altra documentazione da allegare a cura del beneficiario/richiedente**

- Se minori verbale di invalidità civile come "minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età o minore ipoacusico e certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/92
- Certificazione ISEE in vigore (cfr. all.3 al piano operativo)

#### **documentazione integrativa da allegare a cura del Servizio Sociale di Base**

- Scheda sociale (all.6 del piano operativo)
- Scale di valutazione ADL e IADL (all.4 e 5 del piano operativo)