

REGIONE MOLISE
AMBITO TERRITORIALE DI AGNONE (IS)
Via Verdi 9, 86081 AGNONE (IS)
Tel. 0865723228/216- Fax 086577512
Sito internet: www.ambitoagnone.it e-mail: ambitoagnone@yahoo.it

**DOMANDA DI ACCESSO AI SERVIZI
PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**

All' Ambito Territoriale di AGNONE

Via Verdi 9

86081 AGNONE (IS)

Cognome e Nome _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
in Via _____ CAP _____ Provincia _____
cod. fisc. _____ telefono _____ e-mail _____

ovvero

Cognome e Nome _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
in Via _____ CAP _____ Provincia _____
cod. fisc. _____ telefono _____ e-mail _____

in qualità di:

- GENITORE
 ALTRO FAMILIARE (specificare _____)
 TUTORE
 CURATORE

di

Cognome e Nome _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
in Via _____ CAP _____ Provincia _____
cod. fisc. _____ telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

- **ASSISTENZA DOMICILIARE** = Consiste nel garantire la pulizia degli ambienti, la preparazione dei pasti ed il sostegno alla persona (vedere tipologie e tempi delle prestazioni relativamente alla convenzione stipulata con le Cooperative accreditate) come prevista dal Piano Sociale di Zona.
- **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA E ASSISTENZA DOMICILIARE ALZHEIMER** = La prima consiste nel garantire assistenza domestica e sanitaria con prestazioni mediche, infermieristiche, psicologiche e di riabilitazione fisica; la seconda, con le stesse finalità della prima, è diretta a persone affette dal morbo di Alzheimer e/o con patologie assimilate. (L'erogazione dei servizi è a carico dell'A.S.Re.M.).
- **TELEASSISTENZA/TELECONTROLLO/TELESOCORSO**= Consiste nel garantire l'assistenza domiciliare con il monitoraggio continuo dei soggetti a rischio attraverso l'utilizzo del telefono ed attivazione immediata del soccorso in caso di emergenza.
- **INTERVENTI SOCIO-EDUCATIVI**= Sono interventi di natura socio-educativa rivolti a soggetti non autosufficienti minorenni e adulti, da svolgersi in ambienti domestici o extradomestici abitualmente frequentati, necessari a promuovere lo sviluppo del livello di autonomia e di integrazione sociale, nel caso di studenti, un adeguato inserimento scolastico.
- **SOSTEGNO ALLA MOBILITA'**= L'intervento prevede la possibilità di erogare, secondo quanto previsto dal PSZ , servizi di trasporto rivolti espressamente a cittadini non autosufficienti.

DICHIARA

1. di essere in possesso di tutti i requisiti previsti per ottenere l'intervento sopra richiesto;
2. di essere a conoscenza che l'Ambito Territoriale di Agnone e/o l' A.S.Re.M. procederà alla verifica della rispondenza ai requisiti previsti, attraverso la valutazione dell'Assistente Sociale d'Ambito e/o della Commissione U.V.M. ove necessaria, per la formulazione del programma assistenziale personalizzato;
3. di essere a conoscenza in merito all'oggetto e alle finalità, agli interventi e ai servizi previsti, ai destinatari dell'intervento e alla compartecipazione alla spesa.

ALLEGA ALLA PRESENTE

- Certificato di residenza;
- Attestazione di invalidità civile ai fini dei benefici pensionistici (se dovuta); *
- Copia del decreto di concessione dell'indennità di accompagnamento (se dovuta);*
- Copia del verbale della Commissione per l'accertamento dell'handicap di cui all'art. 4 della Legge 104/92 (se dovuta);*
- Certificazione medica comprovante la diagnosi, il tempo della relativa insorgenza e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- Copia del documento di identità del richiedente;
- Copia del documento di identità dell'avente diritto al beneficio;

- Copia della certificazione ISEE in corso di validità relativa al nucleo familiare o del solo assistito (Per le tipologie di servizio, ad esclusivo carattere sociale, per le quali è richiesta dall'Ambito Territoriale o dal singolo Comune una quota di compartecipazione dell'utenza, calcolata in base al reddito familiare, si fa riferimento a quanto disciplinato dalla deliberazione di Giunta Regionale del 06/03/2006, n° 203 "Piano Sociale Regionale Triennale 2006/2006 Direttiva in materia di autorizzazione ed accreditamento dei servizi e delle strutture, compartecipazione degli utenti al costo dei servizi, rapporto tra Enti Pubblici ed Enti Gestori.
Limitatamente alle prestazioni sociali assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura socio-sanitaria erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, rivolte a persone con handicap grave, di cui all'art. 3 comma 3, della Legge 104/92 accertato ai sensi dell'art. 4 della stessa legge, nonché a soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dall'ASREM, si tiene conto della situazione economica del solo assistito).
- Dichiarazione di impedimento temporaneo (se dovuta).

Luogo e data

(Firma del richiedente)

AVVERTENZE

L'Ambito territoriale e/o l'A.S.Re.M. si riservano di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. n. 445/2000).

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003, si informa che i dati personali forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento in oggetto.

- * **Sono destinatari degli interventi cittadini residenti in Molise in condizioni di non autosufficienza totale o parziale, in possesso di attestazione di invalidità civile ai fini dei benefici pensionistici e/o con attestazione di handicap, ex Legge 104/92, o di minorazione sensoriali: cecità con residuo visivo non superiore ad 1/20 e ciechi assoluti ex Legge 381/70, sordomutismo ex Legge 382/70.**

DICHIARAZIONE PER IMPEDIMENTO TEMPORANEO
ART. 4 COMMA 2 D.P.R. 445/2000

Spazio riservato a chi rende la dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome) _____

nato/a a (se nato/a all'estero, specificare lo stato) _____ il _____

residente a _____ alla via _____ n. _____

in qualità di (indicare al parentela) _____

del Sig./ra _____

nato/a a (se nato/a all'estero, specificare lo stato) _____ il _____

residente a _____ alla via _____ n. _____

attesta l'impedimento del Sig./Sig.ra _____

dovuto al suo stato di salute a redigere e sottoscrivere la presente domanda di contributo, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Firma del Dichiarante

Spazio riservato all'Ambito territoriale

Attesto, ai sensi dell'art 30 del DPR 445/2000, che il Sig. _____
ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

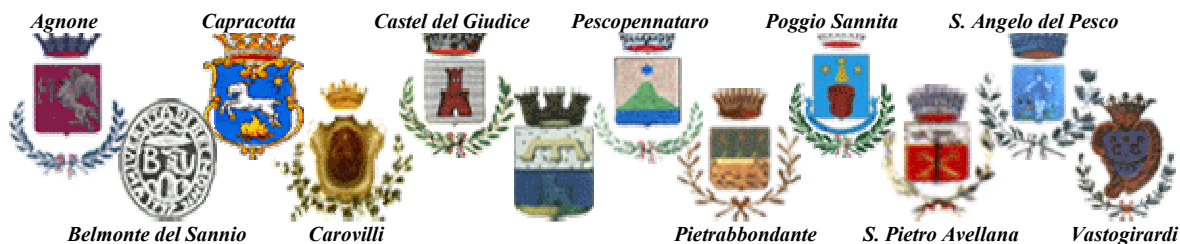
Li, _____ / _____ / _____

Il Pubblico Ufficiale
(nome e cognome e qualifica)

.....

D.P.R. n° 445/2000 art. 4, comma 2

La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante .



REGIONE MOLISE
AMBITO TERRITORIALE DI AGNONE (IS)
Via Verdi 9, 86081 AGNONE (IS)
Tel. 0865723228/216- Fax 086577512
Sito internet: www.ambitoagnone.it e-mail: ambitoagnone@yahoo.it

___ l ___ Sottoscritto/a _____
nato/a in _____ Prov. _____ il _____
Residente in _____
in via _____ nr. _____
Tel. _____

D I C H I A R A

**DI ACCETTARE LA QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE PER IL SERVIZIO DI
“ASSISTENZA PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI”**

PER L'IMPORTO DI €/ORA,(.....)

Luogo e Data _____

Firma _____

**TABELLA PER L'ACCESSO AGEVOLATO AI SERVIZI CON VALUTAZIONE I.S.E.E.
PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**

Fasce	da	A	% compartecipazione sul Costo del Servizio	Compartecipazione €/ora
1	Euro 0,00	Euro 6.000,00	Esente	€ 0,00
2	Euro 6.001,00	Euro 7.500,00	15 %	€ 1,80
3	Euro 7.501,00	Euro 9.000,00	30 %	€ 3,60
4	Euro 9.001,00	Euro 11.500,00	45 %	€ 5,40
5	Euro 11.501,00	Euro 14.000,00	60 %	€ 7,20
6	Euro 14.001,00	Euro 16.500,00	75%	€ 9,00
7	≥ Euro 16.501,00		100%	€ 12,00

COSTO ORARIO € 12,00.