Comune di Cercola Prot. N. 0023987 del 25-11-2026 - arrivo

COMUNE CAPOFILA POLLENA TROCCHIA
(Città Metropolitana di Napoli)

ALLEGATO 1 – DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE (SAD) MEDIANTE VOUCHER

All'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale N24
per il tramite del Comune di _____

SEZIONE A – Dati di chi presenta la domanda

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ C.F. _____ residente a _____ in via _____ n. ____ tel. _____ e-mail/PEC _____

in qualità di:

☐ diretto interessato/beneficiario

☐ familiare (grado di parentela: _____)

☐ tutore / amministratore di sostegno (provvedimento n. _____ del _____)

SEZIONE B – Dati del beneficiario (da compilare se diverso dal dichiarante)

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ C.F. _____ residente a _____ in via _____ n. ____ tel. _____

CHIEDE

l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale mediante voucher per la categoria:

☐ **persone anziane** (età pari o superiore a 65 anni)

☐ **persone con disabilità** (età inferiore a 65 anni)

e, in particolare, per le seguenti prestazioni (barrare le voci di interesse; le prestazioni effettive saranno definite nel PAI):

☐ aiuto per l'igiene e la cura della persona

☐ aiuto per la pulizia ordinaria della casa

☐ lavaggio e cambio della biancheria

☐ preparazione dei pasti

☐ sostegno alla mobilità

☐ accompagnamento per pratiche amministrative e visite

☐ acquisto di generi alimentari e di prima necessità

☐ accompagnamento presso familiari e luoghi di interesse sociale, culturale o sportivo

☐ compagnia e sollievo al caregiver

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni non veritiere,

COMUNE CAPOFILA POLLENA TROCCHIA
(Città Metropolitana di Napoli)

DICHIARA

1. Residenza

☐ che il beneficiario è residente nel Comune di _____, appartenente all'Ambito N24.

2. Composizione del nucleo familiare convivente

Nome e cognome	Data di nascita	Rapporto con il beneficiario	Note (es. componente non autosufficiente)

3. Condizione di salute e autonomia (barrare una sola voce, la più favorevole)

Per persone anziane:

☐ invalidità 100% con indennità di accompagnamento

☐ invalidità 100% senza accompagnamento

☐ invalidità dal 67% al 99%

☐ invalidità inferiore al 67% o nessuna certificazione, con ridotta autonomia

Per persone con disabilità:

☐ handicap in situazione di gravità (art. 3, c. 3, L. 104/1992)

☐ invalidità 100%

☐ handicap (art. 3, c. 1, L. 104/1992)

☐ invalidità inferiore al 100%

4. Condizione familiare (barrare una sola voce)

☐ vive solo/a, senza familiari in grado di prestare assistenza

☐ vive con familiari/conviventi non autosufficienti, con disabilità grave o con problematiche sociali o sanitarie certificate dai servizi competenti

☐ vive con familiari con rilevanti carichi di cura (altri componenti fragili, figli minori, caregiver unico lavoratore)

☐ vive con familiari in grado di prestare assistenza

5. Situazione economica

di essere in possesso di attestazione ISEE ☐ sociosanitario ☐ ordinario, protocollo DSU n. _____ rilasciata il _____, con valore ISEE pari a € _____

☐ che il nucleo familiare del beneficiario è titolare dell'Assegno di inclusione (D.L. 48/2023, convertito dalla L. 85/2023)

Comune di Cercola Prot. N. 0023987 del 25-11-2026 - arrivo

COMUNE CAPOFILA POLLENA TROCCHIA
(Città Metropolitana di Napoli)

☐ che il nucleo familiare del beneficiario non è titolare dell'Assegno di inclusione

6. Altri interventi

☐ di non usufruire di prestazioni domiciliari socio-assistenziali erogate da INPS o da altri enti, né di assegno di cura o contributi analoghi per l'assistenza domiciliare

☐ di usufruire di: _____ e di impegnarsi, in caso di ammissione, a optare per il SAD rinunciando all'intervento incompatibile

☐ di usufruire di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per la parte sanitaria

☐ che il beneficiario non è stabilmente inserito in struttura residenziale

7. Impegni

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare entro 15 giorni ogni variazione dei dati dichiarati, a consentire la visita domiciliare del servizio sociale e a corrispondere l'eventuale quota di compartecipazione.

Allegati

☐ attestazione ISEE

☐ verbale di invalidità civile

☐ verbale di riconoscimento dell'handicap ex L. 104/1992

☐ documento di identità del beneficiario

☐ documento di identità del dichiarante (se diverso)

☐ provvedimento di nomina del tutore/amministratore di sostegno

☐ altro: _____

Luogo e data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto e letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (Allegato 2).

Firma _____

Comune di Cercola Prot. N. 0023987 del 25-11-2026 - arrivo