Comune di Reggio Calabria

Settore Welfare

Palazzo Ce.Dir – Corpo H

Via S. Anna II° Tr.

89128 Reggio Calabria

**OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PERSONE CON DISABILITA’**

Il/la sottoscritto/a ………………………………….. nato a …………………. Il ……………………

Residente in ………………………… via ……………………………………………. N°………….

Tel ……………………………… codice fiscale …………………………….

del … Sig/…………………………………………………………..nato/a ………………………….

il…………………….residente in via……………………………………………………………n…..

**CHIEDE**

⁪ Per se stesso

Ovvero

Per il Sig…………………………………………….nato/a **……………………………………**

il……………………………..residente in Via…………………………………………………..n….

 in qualità di:

⁪ Tutore

⁪ Parente (specificare il grado di parentela)

⁪ Delegato (allegare atto di delega e documento e d’identità valido)

Di poter usufruire del servizio accreditato di Assistenza Domiciliare Disabili, e a tal fine, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

⁪ Di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:

⁪ Cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all’Unione Europea. Il cittadino di altri Stati è ammesso soltanto se titolare di permesso di soggiorno;

⁪ Residenza o domicilio nel comune di Reggio Calabria

⁪ Età inferiore ai 65 anni

⁪ Certificazione di Invalidità Civile pari al 100%;

⁪ Certificazione di accertamento di Handicap ai sensi della legge n. 104/92, art. 3 comma 3, o copia dell'istanza per il riconoscimento della stessa

⁪ Che il nucleo familiare è così composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N** | **COGNOME** | **NOME** | **DATA DI NASCITA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Condizioni familiari:

 Persona che vive sola senza coniuge e/o figli o altri familiari;

 Persona che vive con coniuge e/o figli o altri familiari non autosufficienti (allegare certificazione);

 Presenza nel nucleo di minori;

**CHIEDE**

di voler beneficiare delle seguenti prestazioni:

 Prestazioni di aiuto domestico: aiuto per il governo della casa, per l'assunzione dei pasti, assistenza per la pulizia e l'igiene personale e dell'ambiente, consegna di alimenti e aiuto nella preparazione dei pasti, servizio di lavanderia, stireria (all’interno dell’abitazione). Le attività di assistenza per il governo e l’igiene dell’abitazione vengono erogate solo in caso di persone sole o coppie inabili, senza figli e con situazione economica insufficiente;

 Assistenza di base e prestazioni para –infermieristiche di semplice attuazione: aiuto nell’alzata e messa a letto; mobilizzazione, predisposizione e posizionamento di cuscini o altri accessori antidecubito, cambio pannolone al bisogno, sorveglianza e controllo di raccolta catetere, controllo eventuale cannule o sondini, controllo rigurgiti, controllo dell’alimentazione, del rispetto delle norme igieniche elementari e nell’assunzione e nel corretto uso dei farmaci in stretto collegamento con il medico curante, con gli operatori sanitari e con glia altri operatori adibiti all’assistenza;

 Assistenza per favorire l’autosufficienza nelle attività giornaliere: accompagnatore, anche motorizzato per raggiungere i luoghi di diagnosi e cura o per commissioni varie, segretariato sociale;

 Interventi per favorire la vita di relazione;

 Interventi di servizio sociale attraverso attività di consulenza personale e familiare, di attività di coordinamento e organizzazione del servizio, di collegamento con i vari servizi dell'Ente e del territorio.

 Allega alla presente la seguente documentazione:

1. Fotocopia documento d’identità;
2. Permesso di soggiorno per i cittadini stranieri;
3. Verbale accertamento invalidità civile pari al 100%;
4. Copia verbale accertamento di Handicap ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 3;
5. Attestazione ISEE socio sanitario dell’utente con riferimento ai redditi percepiti.

***INFORMATIVA PRIVACY art 13 679/2016 e D.Lgs 196/03 s.m.i.***

*I presenti dati personali sono raccolti al fine di poter assolvere ad adempimenti previsti da leggi nello svolgimento delle funzioni istituzionali, per le finalità connesse alla gestione della attività dei Servizi Settore Welfare   da parte del Titolare del trattamento dei Dati.*

*I dati personali sono acquisiti direttamente dall’Interessato e/o da altri soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Non è necessario il consenso al trattamento in quanto i dati sono trattati per un obbligo legale nell’esercizio di pubblici poteri dell’Ente. I dati possono essere comunicati nell’ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati ai procedimenti sanzionatori e di contenzioso, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L’informativa completa è visionabile sul sito web  e presso la sede istituzionale. L’interessato può esercitare i diritti come previsti dall’art.12 del GDPR/2016 come descritto nell’informativa presente sul sito internet nell'apposita sezione* [*https://www.reggiocal.it/Allegati/5841-INFORMATIVA\_\_-\_WELFARE%20gen%202024-9e4e90ba-121f-4628-83a3-bf71a43c0f09.pdf*](https://www.reggiocal.it/Allegati/5841-INFORMATIVA__-_WELFARE%20gen%202024-9e4e90ba-121f-4628-83a3-bf71a43c0f09.pdf)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reggio Cal. ………………………………. Firma

N.B.

La presente dichiarazione può essere compilata e firmata da persona con delega allegata, dall’eventuale tutore o da un familiare, in tal caso occorrerà indicare le generalità il titolo o il grado di parentela del dichiarante, allegando la relativa copia del documento di identità.