



DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, ATS Sardegna ASSL Oristano, Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

Allegato C)

Al Servizio Sociale del Comune di

OGGETTO: Domanda di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare PLUS (ADI Plus).

Il/La sottoscritto/a

(se persona diversa dall'utente)

Cognome	Nome	Data e luogo di nascita
Tipo di relazione con l'utente		
Residenza		
Recapiti telefonici/email		

DATI BENEFICIARIO:

Cognome	Nome	Sesso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Data di nascita	Comune di nascita	C.F.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Comune di residenza	Indirizzo	Telefono /Email
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio	Indirizzo	Telefono/Email
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Stato civile	Condizione lavorativa	Grado d'istruzione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA o FAMILIARE DI RIFERIMENTO		
Nome _____	Cognome _____	Ruolo _____
Residenza _____		
Tel. _____	Email _____	



DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, ATS Sardegna ASL Oristano, Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Tel. _____ Email _____ Indirizzo studio medico _____

ATTUALMENTE PRESSO:

DOMICILIO OSPEDALE STRUTTURA RESIDENZIALE _____

CHIEDE

- Per sé stesso
 Per il/la proprio/a _____

(indicare la tipologia di relazione) i cui dati sono stati sopra indicati.

Di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata PLUS e a tal fine

DICHIARA

- 1) Di essere consapevole delle sanzioni penali e conseguenze previste dagli artt.75/76 del D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità;
- 2) Di scegliere, per la fruizione dei servizi specificati in oggetto, il seguente operatore economico:

<input type="checkbox"/>	CO.A.G.I. Coop. sociale
<input type="checkbox"/>	Incontro Società Coop. Sociale Onlus
<input type="checkbox"/>	Consorzio Territoriale Network Etico Soc. Coop. Sociale Onlus
<input type="checkbox"/>	Zerocento Società Cooperativa Onlus
<input type="checkbox"/>	8 Marzo Società Cooperativa Onlus
<input type="checkbox"/>	Adi 2009 Società Coop. Sociale

Iscritta all'Albo dei Soggetti Accreditati nell'Ambito del Servizio ADI Plus istituito presso il Comune di Mogoro-Ente Gestore Plus Ales-Terralba con determinazione n. 20/PLUS del 17/02/2021 e rinnovato con determinazione n. 3/PLUS del 14/02/2022.

- 3) Che l'indicatore ISEE relativo al nucleo familiare per l'anno in corso è pari a €.

_____ ;



DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, ATS Sardegna ASL Oristano, Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

- 4) Che in base alla tabella di contribuzione utenza al costo del servizio rientra nella seguente fascia di reddito:

	Fascia	Da	A	% a carico del PLUS	% a carico del Cittadino	Costo orario OSS € 22,00	Costo orario Infermiere € 24,00
<input type="checkbox"/>	1^ fascia	€ 0,00	€ 4.500,00	100%	0%	€ 0,00	€ 0,00
<input type="checkbox"/>	2^ fascia	€ 4.500,01	€ 6.500,00	90%	10%	€ 2,20	€ 2,40
<input type="checkbox"/>	3^ fascia	€ 6.500,01	€ 8.500,00	80%	20%	€ 4,40	€ 4,80
<input type="checkbox"/>	4^ fascia	€ 8.500,01	€ 10.500,00	70%	30%	€ 6,60	€ 7,20
<input type="checkbox"/>	5^ fascia	€ 10.500,01	€ 12.500,00	50%	50%	€ 11,00	€ 12,00
<input type="checkbox"/>	6^ fascia	€ 12.500,01	€ 15.000,00	30%	70%	€ 15,40	€ 16,80
<input type="checkbox"/>	7^ fascia	€ 15.000,01	€ 18.000,00	20%	80%	€ 17,60	€ 19,20
<input type="checkbox"/>	8^ fascia	Oltre € 18.000,00		0%	100%	€ 22,00	€ 24,00

- 5) Di essere a conoscenza che il mancato pagamento della quota contributiva comporterà la sospensione del servizio e il relativo recupero coatto;

- 6) Di usufruire dei seguenti servizi:

- Servizio di Assistenza Domiciliare Comunale (SAD)
- Servizio di Cure Domiciliari Integrate (CDI)
- Nessun intervento attivo

- 7) Di essere beneficiario dei seguenti riconoscimenti:

<input type="checkbox"/> Invalidità civile	<input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento	<input type="checkbox"/> L. 104/92
<input type="checkbox"/> L. 162/98	<input type="checkbox"/> Progetto "Ritornare a casa"	<input type="checkbox"/> Home Care Premium
<input type="checkbox"/> Altro:		

- 8) Di allegare:

- Il modulo di consenso per l'autorizzazione al trattamento dei dati personali debitamente sottoscritto nel rispetto della normativa vigente in materia di



DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, ATS Sardegna ASL Oristano, Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

privacy (rif.to Regolamento Generale sulla Protezione dei dati – Regolamento (UE) 2016/679 e normativa nazionale vigente).

- Copia del Documento di identità;
- Attestazione I.S.E.E. in corso di validità;
- Copia del verbale di riconoscimento dell'Handicap ai sensi della Legge 104/92;
- Copia del verbale di riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento;
- Copia del verbale di riconoscimento dell'Invalidità civile;
- Certificazioni sanitarie attestanti le patologie;
- Scheda di rilevazione della situazione sociosanitaria (Allegato A).

Luogo e Data _____

(firma)
