



prot.n. 7190 del 9/04/2018

**AVVISO  
DI AMMISSIONE  
al servizio Assistenza Domiciliare agli ANZIANI (S.A.D)**

CON IL PRESENTE AVVISO SI RENDE NOTO che può essere presentata istanza per l'ammissione al servizio di Ambito territoriale B2 di Assistenza domiciliare agli anziani SAD

DESTINATARI DEL SERVIZIO sono i cittadini anziani **dai 65 anni**, residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale B2. Gli interessati possono presentare domanda compilando l'apposito modello (allegato A) disponibile presso l'ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di residenza a partire **dal 10/04/2018** scaricabile dal sito del Comune di San Giorgio del Sannio all'indirizzo: [www.comune.sangiorgiodelsannio.bn.it](http://www.comune.sangiorgiodelsannio.bn.it)

Il servizio prevede attività di cura della persona ed aiuto per il governo della casa.

La domanda deve essere corredata da:

- Dichiarazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) relativa all'anno precedente, al fine di determinare l'eventuale quota di compartecipazione a carico dell'utente;

**DI COMPARTICIPAZIONE DELL'UTENTE**

La compartecipazione è calcolata secondo il regolamento di servizio di cui all'art.10.

Il metodo per l'individuazione della quota di compartecipazione consiste nell'individuazione delle tre categorie di individui:

- coloro che non compartecipano al costo perché hanno un ISEE inferiore a euro 15.000,00 (ISEE min)
- coloro che pagano l'intero ammontare del costo unitario del servizio perché hanno un ISEE superiore a 30.000,00 euro (ISEE max)
- coloro che compartecipano pro-quota al costo unitario del servizio perché hanno un ISEE compreso tra le due soglie precedentemente individuate.

Per gli individui il cui valore dell'ISEE è compreso tra il valore minimo e massimo, il costo che essi dovranno sostenere è pari alla percentuale del costo intero (tariffa intera) che risulta dal seguente rapporto:

$$\text{Compartecipazione} = \frac{\text{isee richiedente} - \text{isee minimo}}{\text{ISEE max} - \text{ISEE min}} \times \text{CU}$$

min compij: compartecipazione CU: costo unitario della prestazione

**COSTO UNITARIO DEL SERVIZIO ALL'ORA €16,66**

**Le domande devono pervenire all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza, complete della documentazione sopra indicata, entro il 10/05/2018. Per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio di Piano tel./fax n. 082458214 e-mail [ambitoterritorialeb2@libero.it](mailto:ambitoterritorialeb2@libero.it), al Responsabile dei Servizi Sociali e/o all'Assistente Sociale dei Comuni dell'Ambito Territoriale B2.**

San Giorgio del Sannio lì 09/04/2018

**Il COORDINATORE DELL'UDP  
AMBITO TERRITORIALE B2  
f.to Dott.ssa Michela Barbato**

MODULO A



**Ambito Territoriale B2**

ENTE CAPOFILA SAN GIORGIO DEL SANNIO  
UFFICIO DI PIANO VIA MAZZINI 1, 82018 San Giorgio del Sannio BN  
Tel. 0824/58214 fax 082458214/0824337270 e-mail [ambitoterritorialeb2@libero.it](mailto:ambitoterritorialeb2@libero.it)

**Modulo per la Richiesta del Servizio di Assistenza Domiciliare ANZIANI  
(S.A.D.)**

Al Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cod.fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

In qualità di: (convivente, figlio, conoscente, altro,) \_\_\_\_\_

**Chiede l'Attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare anziani (S.A.D.) in favore di:**

- diretto interessato
- per (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penale e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

**Dichiara**

- di essere a conoscenza delle prestazioni inerenti il servizio di Assistenza Domiciliare agli anziani;
- di percepire Indennità di accompagnamento;**
- di non percepire Indennità di accompagnamento;**

di trovarsi nella seguente condizione familiare:

- Anziano che vive da solo

- Anziano con coniuge o familiare assimilato\* non autosufficiente
  - Anziano con coniuge o familiare assimilato parzialmente autosufficiente
  - Anziano con coniuge o familiare assimilato autosufficiente
  - Di essere nella situazione particolare (art.4 regolamento di Ambito)
- 

Dichiaro di accettare la condizione di compartecipare al costo del servizio nella misura prevista dal regolamento in base alla propria condizione di dichiarazione ISEE.

Firma \_\_\_\_\_

Allega

- Dichiarazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) relativa all'anno precedente, al fine di determinare la quota di compartecipazione a carico dell'utente;**
- Nel caso di soggetto anziano **non autosufficiente** documentazione sanitaria.

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data

Firma utente

\_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI D.Lgs. 196/03**

**I dati personali acquisiti saranno utilizzati per l'attribuzione delle ore di servizio.**

**Si autorizza il trattamento, nei limiti e con le forme di cui alla D. Lgs. 196/03.**

Data

Firma utente

\_\_\_\_\_