

## GUIDA ALLA COMPILAZIONE

Gli interventi di assistenza domiciliare sono diretti a persone in situazione di parziale o totale non autosufficienza che non siano in grado, anche temporaneamente, di garantire il soddisfacimento delle esigenze personali, domestiche e relazionali.

Il servizio di Assistenza Domiciliare può operare in collegamento con i servizi sanitari e può intervenire su persone in carico al servizio sanitario quali pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, ecc.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare è erogato prioritariamente a:

1. Persone non autosufficienti (indennità di accompagnamento) e disabili in situazione di gravità (art.3 L.104/92);
2. Persone parzialmente autosufficienti prive della necessaria assistenza.

Al fine della formulazione della graduatoria saranno prioritariamente presi in considerazione:

- reddito inferiore, quindi sarà **OBBLIGATORIO** presentare l'ISEE del nucleo familiare del beneficiario unitamente alla DSU;
- certificazione medica (verbali INPS o INAIL) attestanti la condizione di invalidità e/o disabilità.

I beneficiari devono essere residenti nei Comuni facenti parte dell'Ambito Territoriale Sociale 3, le eventuali eccezioni devono essere preventivamente valutate dal servizio sociale professionale ed autorizzate dal Responsabile del Servizio Comunale.

L'ammissione al Servizio è assicurata fino alla concorrenza delle risorse finanziarie messe a bilancio dall'Unione Montana del Catria e Nerone – Ambito Territoriale Sociale 3.

Saranno prese in considerazione le domande presentate dai cittadini residenti e domiciliati all'interno dei Comuni appartenenti al territorio dell'Ambito Territoriale Sociale 3.

Inoltre si ricorda che il servizio, verrà erogato solo all'interno del territorio dei comuni appartenenti all'ATS 3.

Al termine di presentazione delle domande verranno formulate 3 graduatorie, ognuna specifica per tipologia di utenza:

1. **graduatoria anziani over 65 con parziale o totale non autosufficienza.** Per accedere alla graduatoria sarà **OBBLIGATORIO** presentare allegato alla domanda ISEE ordinario, DSU e certificazione attestante l'invalidità prodotta dalle commissioni competenti INPS (criteri prioritari per la formulazione della graduatoria ISEE minore e grado maggiore di invalidità);
2. **graduatoria disabili under 65.** Per accedere alla graduatoria sarà **OBBLIGATORIO** presentare allegato alla domanda ISEE ordinario, DSU e certificazione attestante la disabilità prodotta dalle commissioni competenti INPS (criteri prioritari per la formulazione della graduatoria ISEE minore e handicap con gravità L. 104/92 Art. 3 comma 3.)
3. **graduatoria adulti/anziani in difficoltà.** Per accedere alla graduatoria sarà **OBBLIGATORIO** presentare allegato alla domanda ISEE ordinario e DSU. (criteri prioritari per la formulazione della graduatoria saranno ISEE minore, eventuale certificazione INPS/INAIL attestante invalidità o inabilità e valutazione sociale delle Assistenti Sociali dell'Ambito Territoriale Sociale 3).



**DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SADIS)**

Il sottoscritt.....  
nat a ..... il.....  
Codice Fiscale.....  
residente a ..... in Via ..... n.....  
Tel/Cel.....  
In qualità di (*barrare la voce che interessa*)

- Beneficiario
- Familiare .....
- Tutore/curatore/amministratore di sostegno
- Altro .....

**CHIEDE**

**L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SADIS)**

Per sé stess\_\_  
 Per \_\_\_l\_\_\_ sig. ....  
Nat\_\_\_ il..... a.....  
Codice Fiscale.....  
Residente in..... via.....  
Cittadinanza.....  
Tel/Cel.....

**PER LA SEGUENTE TIPOLOGIA**

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE A FAVORE DI

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ANZIANI (ETÀ SUPERIORE AI 65 ANNI):  | <input type="checkbox"/> con VERBALE INVALIDITÀ<br><input type="checkbox"/> senza VERBALE DI<br>INVALIDITÀ |
| <input type="checkbox"/> ADULTI (ETÀ INFERIORE AI 65 ANNI):   | <input type="checkbox"/> con VERBALE INVALIDITÀ<br><input type="checkbox"/> senza VERBALE DI<br>INVALIDITÀ |
| <input type="checkbox"/> DISABILI (ETÀ INFERIORE AI 65 ANNI): | <input type="checkbox"/> L. 104/92 art. 3 comma 3<br><input type="checkbox"/> L. 104/92 art 3 comma 1      |

Comunica che il Medico di Medicina Generale del suddetto è il Dott. ....

A tal fine ai sensi dell'art. 38 del D.P.R 445/2000

**DICHIARA**

che la persona per la quale si chiede l'attivazione del servizio si trova in una o più delle seguenti condizioni (barrare le caselle che interessano):

**A- NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE O RESIDENTE CON LA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL SERVIZIO:**

<b>NOMINATIVO</b>	<b>GRADO DI PARENTELA</b>	<b>INVALIDITÀ</b>	<b>Specificare se: Convivente/ Residente</b>
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			

altro specificare.....;

<b>Situazione familiare e di integrazione sociale</b>					
<b>CON CHI VIVE</b>	<input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> con il coniuge	<input type="checkbox"/> con i figli	<input type="checkbox"/> con altri	
<b>RAPPORTI CON I FAMILIARI grado di parentela</b>	<input type="checkbox"/> quotidiani	<input type="checkbox"/> frequenti	<input type="checkbox"/> saltuari	<input type="checkbox"/> inesistenti	
1 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>RAPPORTI CON AMICI E VICINATO</b>	<input type="checkbox"/> Ottimi	<input type="checkbox"/> Buoni	<input type="checkbox"/> Sufficienti	<input type="checkbox"/> Carenti	<input type="checkbox"/> Conflittuali
<b>COME TRASCORRE LA GIORNATA (attività prevalenti)</b>	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Piccole occupazioni familiari	<input type="checkbox"/> Hobbies	<input type="checkbox"/> Cinema o teatro	<input type="checkbox"/> Circolo o bar
	<input type="checkbox"/> Parrocchia	<input type="checkbox"/> Lavori domestici	<input type="checkbox"/> Letto/ poltrona	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Altro

B- SITUAZIONE REDDITUALE

ISEE ORDINARIO	€ .....
Origine del reddito	<input type="checkbox"/> da pensione <input type="checkbox"/> da indennità ..... <input type="checkbox"/> da rendite ..... <input type="checkbox"/> da reddito dei familiari conviventi
<b>Reddito del nucleo familiare percepito negli ultimi 3 mesi precedenti la presentazione della domanda</b>	€ .....
Invalidità civile	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  Se <b>SI</b> <input type="checkbox"/> inferiore al 75%, specificare _____ %  <input type="checkbox"/> tra il 75 e il 99%, specificare _____ %  <input type="checkbox"/> del 100%, accompagnamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Legge 104/92	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  Se <b>SI</b> , con gravità (artr.3 comma3) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

C- SERVIZI

- non usufruisce dell'erogazione assegno di cura  
oppure  si impegna a rinunciare al beneficio in caso di ammissione al servizio SADIS;
- non usufruisce delle prestazioni Home Care Premium  
oppure  si impegna a rinunciare all'intervento H.C.P. in caso di ammissione al servizio SADIS;
- non usufruisce degli interventi Vita Indipendente  
oppure  si impegna a rinunciare agli interventi Vita Indipendente in caso di ammissione al servizio SADIS;
- non usufruisce di Assistenza Domiciliare indiretta rivolta ai soggetti over 65 in situazione di "particolare gravità" e agli interventi concernenti la "Disabilità Gravissima"  
oppure  si impegna a rinunciare, in caso di ammissione al servizio SADIS all'Assistenza Domiciliare indiretta rivolta ai soggetti over 65 in situazione di "particolare gravità" e agli interventi concernenti la "Disabilità Gravissima".
- che nessun familiare usufruisce del congedo straordinario L. 104/92 in favore del beneficiario

DICHIARA altresì che, salvo diverse comunicazioni a cura del/la sottoscritto/a in tempo utile, qualora la presente domanda venga accolta:

- necessita del servizio senza alcuna interruzione anche nel periodo estivo e Natalizio;
- non necessita del servizio per due settimane in periodo estivo e una settimana nel periodo Natalizio in concomitanza con le ferie dell'operatore/trice domiciliare che verrà assegnata;

Il richiedente

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allega alla presente domanda:**

- COPIA DOCUMENTO IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL RICHIEDENTE E/O DEL BENEFICIARIO
- ISEE
- DSU
- VERBALE INVALIDITÀ CIVILE (criterio di priorità)
- VERBALE L. 104/92 (criterio di priorità)
- DECRETO NOMINA CURATORE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- ALTRO \_\_\_\_\_

È consapevole che la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli ai sensi della vigente normativa e che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

Il richiedente

Data, \_\_\_\_\_

**CONSEGNA LA PRESENTE DOMANDA E GLI ALLEGATI CON IL SEGUENTE METODO:**

consegna a mano presso gli sportelli dell'**Unione Montana del Catria e del Nerone, via Lapis n. 8 - 61043 Cagli (PU)**, previo appuntamento telefonico al numero 0721781088.

Farà fede il timbro di accettazione dell'ufficio protocollo;

spedita a mezzo di raccomandata a.r. inviata all'indirizzo "**Unione Montana del Catria e del Nerone, via Lapis n. 8 - 61043 Cagli (PU)**

Farà fede il timbro di spedizione dell'Ufficio Postale);

attraverso **Posta Elettronica Certificata (PEC)** dell'**Unione Montana del Catria e Nerone di Cagli** all'indirizzo cm.cagli@emarche.it

Farà fede la data di invio

tramite gli Uffici dei Servizi Sociali dei **Comuni di Residenza** appartenenti all'Unione Montana del Catria e del Nerone - ATS 3.

Comune di \_\_\_\_\_

Farà comunque fede la data del protocollo di consegna del Comune.

Il richiedente

Data, \_\_\_\_\_

**COMUNICAZIONE AVVIO DEL PROCEDIMENTO - Art. 8 Legge n. 241/90**

<i>Amministrazione competente</i>	Unione Montana del Catria e Nerone – via G. Lapis 8 Cagli (PU)
<i>Oggetto del procedimento</i>	Istanza Servizio Assistenza Domiciliare (SADIS)
<i>Responsabile del procedimento</i>	Dott. Cordella Stefano Coordinatore ATS n° 3 Cagli.
<i>Data di presentazione dell'istanza (solo per i procedimenti ad iniziativa di parte)</i>	Indicare la data di ricezione della domanda _____ con prot. n. _____
<i>Data di conclusione del procedimento</i>	Entro 90 gg dalla presentazione dell'istanza.
<i>Rimedi esperibili in caso di inerzia dell'amministrazione</i>	Nel caso di inerzia dell'amministrazione, decorso il termine di conclusione del procedimento, l'interessato può adire il TAR Marche finché perdura l'inadempimento e comunque non oltre un anno dalla data di scadenza dei termini previsti per la conclusione del procedimento.
<i>Ufficio in cui si può prendere visione degli atti</i>	Ambito Territoriale Sociale n.3 Catria e Nerone Via Lapis n° 10, 0721/787431 e-mail: <a href="mailto:sociale@cm-cagli.ps.it">sociale@cm-cagli.ps.it</a> .
<i>Modalità di impugnazione del provvedimento</i>	L'interessato può impugnare il provvedimento finale mediante ricorso al TAR Marche entro 60 giorni dalla pubblicazione, ovvero mediante ricorso straordinario al Presidente della Repubblica entro 120 giorni

**INFORMATIVA PRIVACY - Art. 13 GDPR 2016/679**

<i>Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento</i>	Unione Montana del Catria e Nerone via Gaetano Lapis n. 8 Cagli (PU) - tel. 0721/78743 – mail <a href="mailto:cm-cagli@provincia.ps.it">cm-cagli@provincia.ps.it</a> – PEC <a href="mailto:cm-cagli@emarche.it">cm-cagli@emarche.it</a>
<i>Identità e dati di contatto del Responsabile del Trattamento</i>	Responsabile del Settore Dott. Cordella Stefano - 0721/787431 e-mail: <a href="mailto:sociale@cm-cagli.ps.it">sociale@cm-cagli.ps.it</a>
<i>Finalità del trattamento e base giuridica</i>	Procedimento relativo a: Servizio Assistenza Domiciliare (SADIS): L.18/96 – L.104/92 - L.118/71- Deliberazione del Consiglio dell'Unione n° 36 del 21/12/2020.
<i>Destinatari dei dati personali</i>	Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti del Settore ATS N° 3 ed i dipendenti degli altri Settori dell'Ente coinvolti nel procedimento. Sono inoltre autorizzati al trattamento i soggetti incaricati alla pubblicazione sul web.
<i>Periodo di conservazione dei dati</i>	I dati verranno conservati per tutta la durata del procedimento e per il periodo comunque previsto dalla normativa vigente in materia di conservazione dei documenti e d'archivio.
<i>Diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati</i>	L'interessato può richiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la loro rettifica o cancellazione, la limitazione o l'opposizione al trattamento.
<i>Diritto di proporre reclamo</i>	L'interessato può proporre reclamo al Garante della privacy al sito <a href="http://www.garanteprivacy.it">www.garanteprivacy.it</a>
<i>Eventuale obbligo legale o contrattuale o requisito necessario per la conclusione del contratto/procedimento e le eventuali conseguenze della mancata comunicazione dei dati</i>	La comunicazione dei dati personali è un requisito necessario per la conclusione del procedimento. L'interessato ha l'obbligo di fornire i dati personali e qualora i medesimi non vengano forniti non si potrà procedere alla conclusione del procedimento.
<i>Eventuale esistenza di un processo decisionale automatizzato compresa la profilazione</i>	Non esiste un processo decisionale automatizzato compresa la profilazione.
<i>Identità e dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati</i>	Avv. Giuseppe Giangiacomo. mail: <a href="mailto:giuseppegiangiacomo@gmail.com">giuseppegiangiacomo@gmail.com</a>

**PER PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il richiedente

\_\_\_\_\_