

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE AI SERVIZI DI ASSISTENZA
DOMICILIARE (SAD) e ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) -
ANNO 2025/2026**

**All'Ufficio di Piano
C/O Comune di San Ferdinando di Puglia
Per il Tramite dei Servizi Sociali dei Comuni di
San Ferdinando di Puglia
Trinitapoli
Margherita di Savoia**

Il/La sottoscritto/a (*Cognome e Nome*) _____, nato/a a _____
_____ (____) il ____/____/____
anni compiuti (espressi a numero) _____, residente a _____ (____) alla via
_____ n. civico _____ domiciliato/a a _____ (____), in via _____ n. _____,
Codice Fiscale _____ n. telefono ____/____ cell. di un
parente/familiare _____ e-mail di un parente/familiare _____,

CHIEDE

- ☐ per se stesso
☐ per il tramite di _____
grado di parentela _____ recapito telefonico _____

l'ammissione al servizio disciplinato dall'avviso pubblicato dal Comune di San Ferdinando di Puglia (Ente capofila d'Ambito) nello specifico richiede di poter usufruire del/dei seguente/i servizio/i di assistenza domiciliare (**barrare una o più voci tra le seguenti**):

- ☐ **S.A.D.** (Servizio di Assistenza Domiciliare con operatore domiciliare professionalmente qualificato e per almeno un'ora settimanale);
☐ **A.D.I.** (Assistenza Domiciliare Integrata con operatore domiciliare professionalmente qualificato e per almeno un'ora settimanale);

DICHIARA

sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000), con riferimento alla persona beneficiaria della prestazione sociale, quanto segue:

di trovarsi in una delle seguenti condizioni (contrassegnare la voce che interessa):

- ☐ Richiedente anziano (aver compiuto 67 anni) .
☐ Richiedente portatore di handicap in situazioni di gravità (art. 3 c. 3 legge 104/92) e/o riconosciuto invalido al 100% con indennità di accompagnamento dalla Commissione medica competente.
☐ Richiedente con problemi di salute mentale o con dipendenza patologica in carico al servizio sanitario pubblico specialistico.

- ☐ **Di aver preso visione e approvare in tutte le sue parti, senza riserva alcuna, l'avviso pubblico che regola l'attivazione del servizio in oggetto**, si impegna a comunicare tempestivamente, direttamente o tramite un parente: l'eventuale ricovero in ospedale, istituto di riabilitazione o struttura residenziale e/o eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità del servizio richiesto.
- ☐ Di essere consapevole che il servizio ha durata di massimo un anno a partire dalla data di attivazione dello stesso, la durata massima e le ore attribuite sono decise insindacabilmente dal servizio sociale di Ambito e che il servizio potrà interrompersi anticipatamente per mancata erogazione della quota di compartecipazione per più di n.2 mensilità o per violazione del patto di collaborazione.
- ☐ Di non essere percettore delle seguenti misure :
 - ☐ Buoni Servizio Regionali Anziani e Disabili;
 - ☐ PROVI;
 - ☐ Patto di Cura;
 - ☐ Eventuali altri sostegni di natura economica, a carattere nazionale o regionale, finalizzati alla cura anche in regime domiciliare.
 - ☐ _____
- ☐ Di essere percettore delle seguenti misure :
 - ☐ Buoni Servizio Regionali Anziani e Disabili;
 - ☐ PROVI;
 - ☐ Patto di Cura;
 - ☐ Eventuali altri sostegni di natura economica, a carattere nazionale o regionale, finalizzati alla cura anche in regime domiciliare.
 - ☐ _____

Autocertifica il proprio nucleo familiare convivente:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA

disponibilità di una rete parentale non convivente (punteggio da 0 a 15 punti):

- ☐ presenza di almeno 2 familiari nella possibilità di prestare assistenza = 0;
- ☐ presenza di 1 familiare nella possibilità di prestare assistenza = 10;
- ☐ persona senza rete familiare = 15;
- ☐ che il valore ISEE Sociosanitario del nucleo familiare convivente/estratto, in corso di validità temporale (che si allega) è pari ad Euro _____,00
- ☐ di essere a conoscenza di dover comunicare tempestivamente all'ufficio di Piano, per iscritto, ogni variazione relative alle condizione di salute del beneficiario;
- ☐ Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilite dal DPR n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.
- ☐ Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio richiesto, dichiara di essere a conoscenza che possono essere eseguiti dei controlli nei suoi confronti e del suo nucleo familiare diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, da confrontarsi con i dati del sistema informativo del Ministero delle Finanze. Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio richiesto, dichiara di essere a conoscenza che sarà tenuto a

compartecipare alla spesa del servizio come stabilito dall'avviso pubblico;

Allega, a pena di esclusione della presente istanza:

- ☐ attestato ISEE del nucleo familiare o ristretto in corso di validità;
- ☐ fotocopia documento d'identità del richiedente in corso di validità.

Allega ai fini dell'attribuzione del punteggio e consapevole che in caso di mancata presentazione della presente documentazione non si potranno attribuire i punteggi previsti:

- ☐ Verbale della Commissione Sanitaria (invalidità civile, L. n. 104/1992);
- ☐ Certificato medico rilasciato dal MMG (medico di famiglia) attestante l'indice di *Barthel* - Certificati medici attestanti patologie psichiatriche;
- ☐ Attestato dell'assistente sociale in cui si evinca che l'aspirante beneficiario è un disabile con meno di sessantacinque anni che vive in un nucleo familiare in stato d'indigenza sociale
- ☐ Altro specificare _____
(Data e Firma) _____

La sig.ra / il sig. _____

II/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che:

- a) il servizio di "Assistenza Domiciliare per persone Anziane e disabili (SAD) (ADI)" prevede l'erogazione, solo ed esclusivamente, di una o più delle "prestazioni sociali" riportate in forma sintetica nell'ultimo foglio della presente domanda;
- b) l'assegnazione del numero di ore settimanali è determinato da valutazione professionale dell'Assistente Sociale sulla base delle esigenze dell'utente emerse nella scheda di valutazione del bisogno socio-assistenziale e nel limite massimo di 12 ore settimanali;
- c) il servizio non viene attivato nel caso in cui dalla valutazione professionale dell'Assistente Sociale competente emerga che il potenziale utente sia già "ben assistito";
- d) il servizio viene di norma erogato presso il domicilio dell'utente nei giorni feriali, tra le ore 8 e le ore 20;
- e) l'utente, o un suo delegato, è tenuto a comunicare all'Ufficio di Piano, con congruo anticipo, eventuali assenze dal proprio domicilio che possano ostare la corretta erogazione del servizio;
- f) in caso di assenze dal proprio domicilio protratte fino al limite massimo di una settimana, e non comunicate con congruo anticipo all'UdP, lo stesso si riserva la possibilità di sospendere e/o interrompere l'erogazione del servizio;
- g) ove risultino eventualmente superate le condizioni di bisogno che avevano determinato l'ammissione al Servizio, si procede alla sospensione e/o interruzione delle prestazioni assistenziali;
- h) in caso di presentazione di un numero di richieste elevato rispetto alla copertura economica di cui alla relativa programmazione d'Ambito, l'UdP si riserva di sospendere e/o interrompere l'ammissione delle richieste alla fruizione del servizio, con predisposizione di elenco di attesa nelle more della creazione di ulteriori disponibilità a scorrimento;
- i) la fruizione del Servizio è connessa al pagamento di una compartecipazione a carico dell'utente, calcolata in riferimento alla Attestazione ISEE presentata in allegato alla domanda, qualora si superi il valore ISEE di 7.500,00 euro, mentre, è a totale carico dell'utente qualora si superi il valore di 30.000,00 euro. La determinazione dell'ammontare di compartecipazione avviene in base a quanto fissato dal Regolamento di disciplina dei criteri e delle modalità organizzative per la erogazione dei servizi, l'accesso prioritario, la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi (art. 10, comma 2, lett. e), punto 2), L.R. 11/2007), approvato dal Coordinamento Istituzionale dell'Ambito Territoriale Tavoliere Meridionale con propria delibera n. 6/2017;
- l) con l'avvio presso l'utente del Servizio relativo alla presente domanda, si intende accettato l'ammontare dell'eventuale compartecipazione a carico dello stesso utente, essendo a conoscenza del Regolamento che ne disciplina per il calcolo e che il mancato pagamento comporta l'interruzione del Servizio;

- m) il pagamento dell'eventuale quota di compartecipazione al servizio deve essere effettuato entro 30 (trenta) giorni dall'invio al domicilio dell'utente del relativo importo da pagare. L'Ufficio di Piano si riserva, trascorsa la data di scadenza riportata sulla distinta delle prestazioni erogate senza che l'utente abbia provveduto al pagamento, di inviare nota di sollecito e, trascorsi ulteriori 15 (quindici) giorni dall'invio della nota di sollecito, senza che l'utente abbia provveduto al pagamento, provvederà ad interrompere l'erogazione del servizio, inviando apposita nota;
- n) la presentazione della domanda comporta l'accettazione incondizionata delle disposizioni fissate dall'UdP relative alla modalità di svolgimento del servizio, nonché una buona conoscenza di tutte le disposizioni regolamentari vigenti.

Luogo e data, _____
FIRMA

Prestazioni sociali erogabili nel Servizio di Assistenza Domiciliare per persone Anziane e disabili sulla base del Progetto Sociale individualizzato dell'Assistente Sociale:

Area cura della casa/prestazioni domestiche: spesa e preparazione pasti; igiene casa ordinaria e straordinaria; lavaggio, stiratura e riordino della biancheria.

Area disbrigo pratiche/accompagnamenti/aiuti economici/vigilanza: accompagnamento per pratiche socioassistenziali, svolgimento commissioni; sostegno per fornitura o acquisto, su richiesta, alimenti, indumenti, ausili, etc.;

vigilanza e compagnia; telefonia sociale; accompagnamento semplice, breve o lungo, per la vita di relazione e

nell'accesso ai servizi; accompagnamento senza trasporto, breve o lungo, per esigenze sanitarie, visite mediche,

accertamenti diagnostici; telesoccorso e telecontrollo.

Area assistenza tutelare e aiuto infermieristico: alzata, igiene orale, rifacimento letto e cambio biancheria; igiene intima; lavaggio capelli; igiene piedi; bagno; rimessa a letto; mobilitazione passiva semplice e a letto; deambulazione assistita; preparazione e aiuto assunzione pasti; vigilanza su corretta assunzione farmaci;

piccole medicazioni, prevenzione piaghe; controllo parametri vitali e indici corporei con apparecchi sanitari; prevenzione incidenti domestici.

Informativa sul Trattamento dei dati personali – ai sensi del combinato disposto di cui agli articoli 13 del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Gentile cittadino,

con la presente nota intendiamo informarLa in merito alle finalità e alle modalità di trattamento dei dati personali connessi alle procedure di attivazione di un servizio la cui stazione appaltante è il Comune di Modugno. Il trattamento dei dati personali nelle procedure di iscrizione ad un servizio a domanda individuale rientra nelle previsioni di svolgimento dei compiti di pubblica utilità demandati al Comune (art. 6, comma 1, lettera e) del Reg. UE 679/2016, così come previsti dalle norme attualmente in vigore.

Le finalità perseguite nel fornire i suddetti servizi sono individuate nell'avviso pubblico come segue:

ASSISTENZA AD ANZIANI PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTI O PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

I dati personali raccolti, potranno essere comunicati a soggetti terzi esclusivamente al fine di assicurare che il servizio reso sia conforme alle necessità di cura e benessere ed ai diritti dei beneficiari a particolari servizi ivi compreso il potenziamento del servizio stesso.

I dati personali saranno trattati per l'intera durata della fornitura del servizio e, in assenza di controversie giudiziarie, saranno oggetto di cancellazione trascorsi due anni dal termine dello stesso. Nel caso dovessero instaurarsi controversie legali i dati personali saranno oggetto di trasmissione al Servizio di Advocatura comunale e saranno trattati ai fini della difesa dell'Ente. I dati personali utilizzati nel presente procedimento d'individuazione di aspiranti beneficiari saranno trattati rispettando i principi di correttezza, liceità, necessità e finalità stabiliti dal Regolamento UE n. 679/2016, nonché dal Decreto Legislativo 196/2003 e, in ogni caso, in conformità alla disciplina legale vigente al momento del trattamento dei dati. La informiamo inoltre che:

- il trattamento dei dati raccolti è necessario a garantire lo svolgimento del servizio in conformità alle prescrizioni di legge.
- Il servizio come sopra individuato, in quanto erogato nello svolgimento di compiti di interesse pubblico, prescinde, in ogni caso dal consenso dell'interessato; in questa prospettiva, laddove Lei ritenesse di non voler comunicare i dati richiesti, può ritirare il consenso od opporsi al loro trattamento, così come nel caso ne richieda la cancellazione non sarà possibile erogare il servizio;
- gli Incaricati del Trattamento sono impiegati e funzionari comunali (con profilo tecnico o amministrativo) e personale professionalmente competente alla dipendenza di ditte terze ma addetti alle procedure necessarie all'erogazione del servizio;
 - i Suoi dati non saranno "Comunicati" ad ulteriori soggetti terzi fatti salvi specifici obblighi ormativi o sue precise disposizioni.

In qualsiasi momento rivolgendosi al Titolare del Trattamento dei dati, Lei potrà:

- avere accesso ai dati oggetto di trattamento, ai sensi dell'art. 15 del GDPR e delle norme italiane che ne coordinano l'applicazione;
- richiedere la rettifica dei dati inesatti oggetto di trattamento, ai sensi dell'art. 16 del GDPR e delle norme italiane che ne coordinano l'applicazione;
- revocare il proprio consenso al trattamento dei dati, evenienza che comporterà l'impossibilità di continuare ad erogare il servizio;
- esercitare la facoltà di oscurare alcuni dati o eventi che la riguardano o che riguardano il minore (limitazione);
- opporsi al trattamento, indicandone il motivo;
- chiedere la cancellazione dei dati personali oggetto di trattamento presso il Comune di San Ferdinando di Puglia , circostanza che comporterà l'immediata sospensione del servizio;
- presentare reclamo avverso il trattamento disposto dal Comune di San Ferdinando di Puglia presso l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali e ricorso presso l'Autorità giudiziaria competente.

Non è applicabile al presente Trattamento l'istituto della portabilità dei dati previsto dall'art. 20 del Reg. UE n. 679/2016. Il Titolare del Trattamento dei dati da Lei forniti è il Comune di San Ferdinando di Puglia, con sede in via Isonzo n. 6, a San Ferdinando di Puglia , rappresentato dal Sindaco *pro tempore* dott. Michele Lamacchia.

Per ogni informazione **relativa al trattamento dei dati personali** oltre al Responsabile del Procedimento indicato nell'avviso pubblico può rivolgersi ai seguenti recapiti mail: PEC:
dirigente.servizisociali@pec.comune.sanferdinandodipuglia.bt.it

Per accettazione al trattamento dei dati personali ai sensi di legge:

(Data e Firma) _____

La sig.ra / il sig. _____