

MODULO PER LA RICHIESTA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE - SAD

Io sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____

CHIEDO

per conto del familiare _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
Relazione di parentela con il/la sottoscritto/a _____
Medico curante _____

di usufruire del SERVIZIO di ASSISTENZA DOMICILIARE

MI IMPEGNO a contribuire al costo del servizio richiesto, dalla data di inizio delle prestazioni, in riferimento alla tipologia dell'intervento fruito e in base alla seguente tabella riepilogativa:

TIPOLOGIA INTERVENTO	ISEE ENTRO € 4.000,00	Retta MENSILE PERSONALIZZATA con ISEE da € 4.000,00 fino a € 25.000,00	Retta MENSILE FISSA con ISEE da € 25.000,00 a € 35.000,00	Retta mensile FISSA con ISEE oltre € 35.000,00 o in assenza di ISEE
Plurintensivo (da 7 a 12 int./ settimana)	ESENZIONE	1,00% del valore ISEE individuato RETTA MINIMA € 40,00 RETTA MASSIMA € 250,00	€ 273,50	€ 328,20
Intensivo (da 3 a 6 int./ settimana)		0,80% del valore ISEE individuato RETTA MINIMA € 32,00 RETTA MASSIM € 200,00	€ 219,00	€ 262,80
Settimanale (da 1 a 2 int./ settimana)		0,30% del valore ISEE individuato RETTA MINIMA € 12,00 RETTA MASSIMA € 75,00	€ 82,50	€ 99,00
Saltuario (max 3 int./mese)		0,18% del valore ISEE individuato RETTA MINIMA € 7,20 RETTA MASSIMA € 45,00	€ 49,50	€ 59,40
INTERVENTO FESTIVO € 20,00 A PRESTAZIONE				

- ☐ **RICHIEDO** l'applicazione della tariffa personalizzata in base alle condizioni economiche del nucleo familiare (ISEE). Qualora l'Attestazione ISEE non venga presentata contestualmente alla presente richiesta di servizio, la tariffa personalizzata verrà applicata dal mese successivo alla presentazione dell' Attestazione ISEE.

SONO A CONOSCENZA che sono previste le seguenti RIDUZIONI, in caso di assenza dell'utente o di pluriutenza (più di un componente dello stesso nucleo familiare che fruisce del servizio di assistenza domiciliare):

motivo della riduzione	riduzione (in percentuale) del
assenza per 4-5 settimane	90%
assenza per 3 settimane	65%
assenza per 2 settimane	40%
assenza per 1 settimana	15%
pluriutenza	20% la riduzione viene applicata all'utente del nucleo familiare che ha la retta più alta

DICHIARO di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 455 del 28/12/2000.

Molinella, lì _____

Firma del richiedente

Ai sensi del D.Lgs n° 196/03 e del Reg. n° 679/2016, s'informano i cittadini che il trattamento dei dati personali da essi forniti in sede di richiesta di attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare, è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività richieste e avviene presso l' Area Servizi alla Persona – Piazza Anselmo Martoni n° 1 – 40062 Molinella, con l'utilizzo di procedure, anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi.

Il conferimento di tali dati è necessario per valutare i requisiti d'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare richiesto e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione.

Ai richiedenti sono riconosciuti i diritti di accedere ai propri dati personali, di richiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento, per motivi legittimi, rivolgendo le richieste al Comune di Molinella.