



Ambito Territoriale N15

L. 328/00

Comuni di Marano di Napoli e Quarto

Comune capofila: Marano di Napoli

Ufficio Protocollo
Comune di QUARTO (NA)

- Settore Servizi Sociali -

Modulo per la Richiesta Ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare (ADI / SAD) per ANZIANI non autosufficienti o con limitata autonomia

Al Coordinatore dell'Ufficio di Piano

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ Cod. Fiscale _____

Residente a _____ Via _____

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____

In qualità di: (barrare una sola opzione) Figlio/a Conoscente Altro _____

Chiede l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare ANZIANI (ADI / SAD)

(Barrare una sola opzione)

- diretto interessato
- per il/la sig./ra

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Cod. Fiscale _____ Tel. _____

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

Dichiara

Che la persona per la quale si chiede l'ammissione al Servizio ADI / SAD risulta:

- Beneficiario di Assegno di Inclusione (ADI)
- Non beneficiario di Assegno di Inclusione (ADI)



Ambito Territoriale N15

L. 328/00

Comuni di Marano di Napoli e Quarto

Comune capofila: Marano di Napoli

- invalido civile al _____ %
- titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 18/80
- titolare di status di handicap ai sensi della legge 104/92 art. 3, comma 1
- titolare di status di gravità ai sensi della legge 104/92 art. 3, comma 3
- persona in condizione di limitata autonomia
- assistito dall'ASL per prestazioni infermieristiche o altro (Specificare la tipologia d'intervento)

.....

Indicare, con preferenza numerica da 1 a 3, almeno tre Cooperative/Consorzi tra i soggetti Accreditati alla Gestione del Servizio di Assistenza Domiciliare ADI / SAD Anziani di seguito elencati in ordine puramente alfabetico:

- Cooperativa sociale "L'ALBA" – sede operativa in Via Ritiro, 184 – 80018 Mugnano di Napoli (NA) Tel. 081 5712988 / 081 5714589 / 331 2343695 – email: lalbalg@tiscali.it
- Consorzio di Cooperative Sociali "GESCO" – sede operativa in Via Vicinale S. Maria del Pianto, 36 Torre 1 – 80143 Napoli (NA) Tel. 081 7872037 – email: gesco@gescosociale.it
- Cooperativa Sociale "NADIR" – sede legale in Vico Pozzo, 2- 80014 Giugliano in Campania (NA) Tel. 3316564956 – email: amministrazione@nadir4assistance.it
- Cooperativa Sociale "NEW LIFE" – sede operativa in Via Indipendenza, 4 – 80018 Mugnano di Napoli (NA) Tel. 081 3764381 / 334 8630746 - email: coopnewlife@libero.it
- Cooperativa Sociale "PARTHENOPE" – sede operativa in Via Europa, 31 – 80026 Casoria (NA) Tel. 081 7584959 / 339 7136684 / 331 4392460 - email: parthenope2017@gmail.com
- Consorzio di Cooperative Sociali "SANITEL" Ge.Ass. – sede legale in Via E. Nicolardi, 145 parco Arcadia - 80131 Napoli (NA) – email: sanitel@sanitelgroup.it

Si allega alla presente domanda:

1. *Certificazione ISEE in corso di validità;*
2. *Fotocopia di documento di riconoscimento valido e Codice Fiscale del richiedente e, se diverso dal richiedente, della persona per cui si fa richiesta;*
3. *Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso dei requisiti sanitari (Certificazione sanitaria del medico curante, ecc...).*

Marano di Napoli (NA), ____ / ____ / ____

Firma _____