



CITTÀ DI CORBETTA

Settore Servizi alla Persona

Servizi Sociali

Via Roma, n. 17 – 20011 Corbetta

Tel. 02/97.204.358

email: assistenti.sociali@comune.corbetta.mi.it

PEC comune.corbetta@postemailcertificata.it

Responsabile del procedimento e termini

Scadenza

RICHIESTA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

☐ Anziani

☐ Disabili

Il/La sottoscritto/a:

Cognome		Nome
Luogo di nascita	Data di nascita	Codice Fiscale
Indirizzo di Residenza (Via / Piazza) e nr. Civico		
Comune di Residenza	CAP	Recapito telefonico
Indirizzo di posta elettronica		

CHIEDE

di poter usufruire delle prestazioni del Servizio di Assistenza Domiciliare

☐ per se stesso

☐ per altra persona (indicare il rapporto):

--

Cognome		Nome
Luogo di nascita	Data di nascita	Codice Fiscale
Indirizzo di Residenza (Via / Piazza e nr. Civico)		
Comune di Residenza	CAP	Recapito telefonico

DICHIARA

che il beneficiario è:

STATO CIVILE: ☐celibe / nubile ☐coniugato/a ☐separato/a
☐divorziato/a ☐vedovo/a

che attualmente si trova:

☐A casa propria da solo/a;
☐A casa propria con il coniuge o con altro familiare;
☐Temporaneamente presso una struttura;
☐Presso un familiare;
☐con assistente familiare / badante: ☐convivente
☐per ore settimanali

ALTRE INFORMAZIONI:

☐il soggetto è in possesso di invalidità civile con la percentuale di
☐ha un'assistente familiare: ☐convivente
☐per ore settimanali

ALTRI SERVIZI ATTIVI

☐Servizio di Custodia Sociale
☐Servizio Pasti a Domicilio
☐CDom (Cure Domiciliari);
☐RSA aperta;
☐Centro Diurno
☐Altro

Esprime la scelta del seguente soggetto accreditato per prestazioni assistenziali (*barrare l'ente scelto*):

	DENOMINAZIONE ENTE	INTERVENTO*	SEDE OPERATIVA
☐	DOMUS servizi sanitari Cooperativa Sociale	1 – 2	Corbetta (MI), Largo Donatori di Sangue n. 2
☐	UNIVERSIIS Società Cooperativa Sociale	1 – 2	Corbetta (MI), via Monte Rosa n. 60
☐	ALEMAR COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	3	Abbiategrosso (MI), Piazza San Pietro n. 41
☐	HAMAL SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	1 – 2 – 3	Torino (TO), via B. Luini n. 116
☐	AZIENDA SPECIALE CONSORTILE SERVIZI ALLA PERSONA	1 – 2 – 3	Magenta (MI), Via Dante Alighieri n. 2
☐	COOPERATIVA IL PORTICO COOPERATIVA SOCIALE A.R.L.	1 – 2 – 3	Rho (MI), Viale Alcide De Gasperi N. 107-109
☐	COOPERATIVA SOCIALE START ONLUS	1 – 2 – 3	Vigevano (PV), Via Corso Novara n. 65

* Prestazioni previste dal Disciplinare del servizio:

1. Cura alla persona e sostegno alle relazioni;
2. Cura dell'ambiente di vita;
3. Prestazioni di natura educativa.

SCHEDA SANITARIA
Relativo alla persona per cui si richiede l'ammissione
da compilarsi a cura del medico curante

Cognome	Nome

CONDIZIONI GENERALI: ☐ buone ☐ mediocri ☐ gravi

ANAMNESI PATOLOGICA (con riferimento a ricoveri ospedalieri)

SITUAZIONE ATTUALE

ALTRE INFORMAZIONI

IL MEDICO CURANTE

Data

Firma _____

REGOLE PER LA COMPARTECIPAZIONE TARIFFARIA
AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

La compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza è definita dalla Giunta comunale con la deliberazione che stabilisce le tariffe dei servizi a domanda individuale. La compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza è erogata direttamente ai soggetti accreditati.

SI IMPEGNA:

- ☐ Ad accettare il pagamento della fascia massima.
☐ A pagare le tariffe approvate con atto di Giunta Comunale, allegando attestazione ISEE in corso di validità.

DICHIARA che

il valore ISEE è pari a €

ALLEGATI

- ☐ Fotocopia documento di identità in corso di validità (*obbligatorio*)
☐ Attestazione ISEE in corso di validità (*obbligatorio*)
☐ Scheda Sanitaria oppure certificazione sanitaria recente

Data Firma _____

CONSENSO ESPRESSO

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali contenuti nella presente domanda possano essere trattati, nel rispetto degli artt. 6,9 e13 del Regolamento (UE) 2016/679, per gli adempimenti connessi alla presente procedura o ad altri servizi erogati dal Comune e per successive ed eventuali comunicazioni, nonché per ricevere avvisi, informazioni, anche personalizzate, sulle attività ed i servizi del Comune tramite comunicazioni, informative, newsletter o altri strumenti informativi. I dati verranno trattati sino a richiesta espressa di cancellazione da parte dell'interessato.

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che lo riguardano nel rispetto dell'art. 17 del Regolamento (UE) 2016/679, inviando una mail al servizio interessato.

Data Firma _____

PER CONSENSO A RICEVERE MAIL, MESSAGGI WHATSAPP ED ALTRO:

Acconsento al trattamento dei dati personali al fine di ricevere informazioni, anche personalizzate, sulle attività ed i servizi del Comune tramite comunicazioni, informative, newsletter o altri strumenti informativi

Data Firma _____