

COMUNE DI

SCHEDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

DISTRETTO SANITARIO DI BASE

COGNOME E NOME

NATO/A IL

RESIDENTE

VIA TELEFONO.....

CODICE FISCALE

STATO CIVILE

PERSONA DI RIFERIMENTO TEL.

SEGNALATO DA

ABITA SOLO CONIUGE CON FIGLI CON PARENTI ALTRO

PENSIONE:

TIPOImporto mensile

TIPOImporto mensile

TIPOImporto mensile

ALTRO.....

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO NO SI

FAMILIARI TENUTI AGLI ALIMENTI

Art. 443 C.C.

MEDICO CURANTE

SITUAZIONE ABITATIVA

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Condominio | <input type="checkbox"/> | Proprietà | <input type="checkbox"/> |
| Casa singola non isolata | <input type="checkbox"/> | Affitto | <input type="checkbox"/> |
| Casa di cortile | <input type="checkbox"/> | riscatto | <input type="checkbox"/> |
| Cascina | <input type="checkbox"/> | altro | <input type="checkbox"/> |
| Altro | <input type="checkbox"/> | | |

Numero locali

Barriere architettoniche

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Servizi igienici: interni | <input type="checkbox"/> | acqua corrente interna | <input type="checkbox"/> |
| esterni | <input type="checkbox"/> | esterna | <input type="checkbox"/> |
| inesistenti | <input type="checkbox"/> | | |

Tipo di riscaldamento

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Condizioni dell'abitazione: buone | <input type="checkbox"/> |
| Sufficienti | <input type="checkbox"/> |
| Scadenti | <input type="checkbox"/> |

CONDIZIONI DI SALUTE

Malattie di particolare rilievo

.....

.....

Ricoveri ospedalieri recenti

.....

Prestazioni sanitarie di cui usufruisce Medico curante

Inf. Professionale

FKT

Altro

grado di autonomia: totale parziale inesistente

eventuale disponibilità dei familiari al piano assistenziale SI NO

.....

.....

TIPO DI ASSISTENZA RICHIESTA

Compagnia

Igiene persona

Pulizia alloggio

Preparazione pasti

Fornitura pasti

Lavanderia stireria a domicilio

Lavanderia stireria convenzione

Accompagnamento

Trasporto specificare dove

per quali motivi

.....

frequenza

commissioni e pratiche

fare la spesa

altro

n. ore richieste

Allegati: stato d famiglia
documentazione reddito

Data

FIRMA DEL RICHIEDENTE
(o del familiare responsabile)

CRITERI DI CONTRIBUZIONE DEGLI UTENTI ALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SOCIALE

Il reddito di riferimento ai fini della determinazione delle quote a carico degli utenti, a parziale o totale contribuzione del costo del servizio, è costituito dalle seguenti voci:

- a) pensioni (comprese indennità di accompagnamento, pensioni di guerra, civili ecc.);
- b) stipendi;
- c) altri tipi di rendite accertate ed accertabili dalla Commissione (assegni assistenza di accompagnamento, indennità varie anche non soggette a trattenute IRPEF);
- d) proprietà mobili ed immobili.

Tali voci saranno riferite anche agli emolumenti percepiti dai figli o parenti conviventi e non, tenuti ad aiutare economicamente l'utente richiedente, ai sensi dell'art. 433 del C.C.

All'importo reddituale così determinato, è dedotto l'affitto o eventuale mutuo, e sono aggiunte le altre fonti di reddito.

Si applicano le tabelle reddituali mensili sottoelencate:

REDDITO MENSILE LORDO

| | | |
|-------------|-------------|------|
| da € 0 | a € 413,17 | - |
| da € 413,17 | a € 568,10 | 25% |
| da € 568,10 | a € 723,04 | 50% |
| da € 723,04 | a € 877,98 | 75% |
| da € 877,98 | a € 1032,91 | 100% |

Nell'ipotesi di servizio reso a coppie anziane (marito e moglie) la quota sarà determinata con riferimento al maggiore dei redditi (fermo restando l'eventuale cumulo dei redditi dei conviventi diversi dal coniuge o dagli obbligati civilmente ex art. 433 del C.C.) in relazione al quale verrà individuata la fascia corrispondente ed il valore della tariffa che sarà aumentata del 50%.

A discrezione, la Commissione potrà valutare eventuali spese mediche straordinarie da portare in detrazione al reddito imponibile.