



## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM/G5

Tra i comuni di:

CAPRANICA PRENESTINA, CASTEL SAN PIETRO ROMANO, CAVE,  
GALLICANO NEL LAZIO, GENAZZANO, PALESTRINA, ROCCA DI CAVE, SAN  
CESAREO, SAN VITO ROMANO, ZAGAROLO ED AUSL RMG.

### MODULO DI DOMANDA SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE COMUNE DI .....

Al Servizio sociale comunale  
Al Distretto socio – sanitario ASL RMG/5

Data:

Io sottoscritto/a....., nato/a a.....  
il....., residente nel Comune di..... Prov.....  
Via/piazza.....n..... C.a.p.....  
domiciliato presso.....  
Recapiti telefonici.....

Se la richiesta è fatta da persona diversa dall'interessato

Io sottoscritto/a....., nato/a a.....  
il....., residente nel Comune di.....  
Via/piazza.....n....., C.a.p.....  
Recapiti telefonici.....  
**In qualità di** .....dell' utente.....  
nato/a a.....il.....,residente nel comune di.....  
Prov.....Via/piazza.....n.....,C.a.p.....  
attualmente domiciliato.....  
Recapiti telefonici.....  
Impossibilitato alla richiesta per.....

- Chiedo** di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Distrettuale
- Chiedo** un aumento del monte ore settimanale erogato sino ad ora (specificarne la motivazione):

Comune Capofila: SAN VITO ROMANO. Ufficio Piano di zona: tel. 069571006, fax, 069572155 e-mail:

[distrettrmg@sanvitoromano.comnet.roma.it](mailto:distrettrmg@sanvitoromano.comnet.roma.it)

Via Borgo Mario Theodoli

Allego pertanto la seguente documentazione:

1. Stato di famiglia (è possibile l'autocertificazione);
2. Certificato del medico curante attestante la patologia e la necessità di cure, nonché lo stato di parziale o totale non autosufficienza;
3. Fotocopia del verbale 104/92 (ove esistente);
4. Fotocopia verbale di invalidità civile (ove esistente);
5. Eventuale certificato di dimissione da strutture sanitarie;
6. Certificazione ISEE.;
7. Dichiarazione di presa in carico da parte dei servizi pubblici territoriali (CAD, DSM, SerT, STSMREE), ove esistente.

In base al regolamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (art. 7):

#### COMPARTECIPAZIONE DELL'UTENTE

<i>ISEE</i>	<i>QUOTA DI PARTECIPAZIONE ORARIA</i>
da 0 a € 6.500,00	Esente
da € 6.501,00 a € 8.500,00	0,50 euro
da € 8.501,00 a € 10.500,00	1,00 euro
da € 10.501,00 a € 12.500,00	1,50 euro
da € 12.501,00 a € 14.500,00	2,00 euro
Oltre € 14501,00	2,50 euro

I soggetti di cui alla L. 104/92 art. 3 comma 3 sono esentati dal pagamento della quota di compartecipazione al servizio, se dovuta (art. 8)

***Informativa ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003  
"Codice in materia di protezione dei dati personali" (Privacy)***

*Ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 30.06.2003, si informa che i dati saranno utilizzati dal Comune per l'erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare Distrettuale e saranno comunicati all'ASL, alle Aziende Ospedaliere, nonché alle cooperative sociali e ad altri enti che effettuano i singoli interventi di sostegno ed assistenza.*

Firma del richiedente ( o suo delegato o tutore)

---