



**Città di Giugliano in Campania  
(Provincia di Napoli)**

Servizi Sociali Tel 081/8956525 - FAX 081/3306391

**PAC ANZIANI I RIPARTO**

**Modulo per la Richiesta per l'accesso al Servizio di  
Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) ed Integrata (ADI) per Anziani**

Prot.Gen. dell'Ente

Alla Dirigente del Settore servizi Sociali istruzione sport cultura  
Dott. Salvatore Petirro  
Al Responsabile del servizio  
Francesco Massarelli

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cod.fiscale \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

In qualità di: (barrare la casella di preferenza) Genitore      Figlio      Conoscente      Altro

**Chiede l'Attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare per Anziani in favore di:**

*(Barrare la sola casella di opzione)*

- diretto interessato  
 per (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

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 penale e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

**Dichiara:**

*(Barrare la sola casella di opzione)*

Che la richiesta è in proprio favore

**ovvero**

Che le generalità della persona per la quale si chiede l'attivazione del Servizio sono:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cod. fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

La persona per la quale si chiede l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata:

*(barrare la sola casella di opzione)*

è stato/non è stato riconosciuto invalido civile, con percentuale d'invalidità al \_\_\_\_\_ % e che lo stesso percepisce/non percepisce l'indennità di accompagnamento *(cancellare la parte che non interessa)*

Usufruisce/ non usufruisce dell'Assistenza infermieristica erogata dall'Asl *(cancellare la parte che non interessa)*

- Se ne usufruisce descrivere l'intervento assistenziale \_\_\_\_\_.

Giugliano, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Indicare la scelta di uno dei Soggetti Accreditati alla Gestione del Servizio di Assistenza Domiciliare per Anziani di seguito elencate:**

- New Life con Sede in Via G. Leopardi,15 –Mugnano (NA) – tel. 0815713613
- Pellicano con sede in Via Nazionale Appia,13-Casagiove (CE) – tel. 08231873924
- La Socio sanitaria con Sede in Via Salvo D'Acquisto,8 Mugnano (Na) – tel. 0815712239
- Novella Aurora con Sede in Via Dante Alighieri,11 Giugliano (NA) – tel. 0818957242
- Pami con Sede in Via Padreterno,7/B- Marano (NA) – tel. 0817423535
- Nadir Cooperativa sociale Via G. Porzio n.4 Centro Direzionale Napoli - 0817501480
- Briseide Coop. Sociale onlus C.so Europa n.45 80010 Villaricca (NA)- 0815061773
- Assisto con Sede in Via Luigi Rocco,44- Arzano (NA) – tel. 0818847538

*Si allega alla presente domanda:*

- 1. Certificazione Isee ORDINARIO relativa all'anno 2014*
- 2. Certificazione rilasciata dal medico di medicina generale che attesti la non autosufficienza grave dell'eventuale beneficiario*
- 3. Fotocopia di un documento di riconoscimento valido dell'utente e di chi presenta la domanda*
- 4. Autocertificazione di Stato di famiglia*

Giugliano, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_