



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 Integrata (ADI) DISABILI

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) Genitore Figlio/a Conoscente Altro _____

Chiede l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata per DISABILI (ADI) (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 risulta:

- Beneficiario di Assegno di Inclusione (ADI)



Ambito Territoriale N15

L. 328/00

Comuni di Marano di Napoli e Quarto

Comune capofila: Marano di Napoli

- Non beneficiario di Assegno di Inclusionione (ADI)
- 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 tra i soggetti Accreditati alla Gestione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) Disabili di seguito elencati in ordine puramente alfabetico:

- Cooperativa sociale "AUSILIA" – sede operativa in Via Napoli, 73 - 81055 Santa Maria Capua Vetere (CE) Tel. 338 2198370
- Cooperativa Sociale "BENESSERE" – sede legale in Via Bachelet, 39 - 82100 Benevento (BN) Tel. 0824 51237
- Cooperativa Sociale "L'INCONTRO" – sede legale in Via Gen. Carlo Alberto Dalla Chiesa, 37 - 80019 Qualiano (NA) Tel. 081 18812076
- Cooperativa Sociale "LA RINASCITA" – sede operativa in Via Cesare Pavese, 8 - 80018 Mugnano di Napoli (NA) Tel. 081 3764381 / 334 8630746 - email: cooplarinascita@libero.it
- Cooperativa Sociale "LA VELA" – sede operativa in Via Michelangelo, 44 - 81031 Aversa (CE) Tel. 081 18655115 - email: cooplavela@gmail.com

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 _____