



**Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona "Penisola Sorrentina"**

**DOMANDA D'ACCESSO AI SERVIZI**

Prot. N. -----

Del --/--/----

Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

Al Coordinatore dell'Ufficio di Piano di Zona  
c/o l' Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona

Al Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona

Domanda per l'accesso al Servizio<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

**Il/La Destinatario/a<sup>2</sup>:**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (stato estero) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento: tipo \_\_\_\_\_, numero \_\_\_\_\_, scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Recapiti: tel. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

**L'eventuale Segnalante<sup>2</sup>**

Indicare il rapporto che intercorre tra segnalante e destinatario/a: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (stato estero) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Per la compilazione della presente domanda e' possibile usufruire del supporto dell'ufficio servizi sociali del piano sociale di zona, presso il proprio comune di residenza.

<sup>2</sup> Per i destinatari sottoposti a tutela giuridica (es. minori, interdetti, ecc.), alla voce "Il/La Destinatario/a" devono essere inseriti i dati del destinatario del Servizio, mentre alla voce "L'eventuale Segnalante" devono essere inseriti i dati di chi esercita la tutela (es. genitore, tutore, ecc.).



**Azienda Speciale Consortile per i  
servizi alla persona "Penisola  
Sorrentina"**

**DOMANDA D'ACCESSO AI SERVIZI**

Documento di riconoscimento: tipo \_\_\_\_\_, numero \_\_\_\_\_, scadenza \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Recapiti: tel. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

**presenta Domanda di accesso al Servizio sopra indicato**, ritenendo di essere in possesso dei requisiti previsti dal Regolamento "Criteri e modalità organizzative dell'erogazione dei servizi, dell'accesso prioritario" e dai Regolamenti relativi ai singoli Servizi, nonché da ulteriori protocolli d'intesa e/o accordi specifici con soggetti terzi.

Ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, **dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti (contrassegnarli con una X):**

- pagamento di fitti superiori agli importi definiti da accordi locali tra le parti (se esistenti, e allegati alla presente) ai sensi della normativa vigente = 1 punto se superiore a tale importo e fino al 25% oltre lo stesso, 2 punti se superiore al 25% e fino al 50%, 3 punti se superiore al 50% e fino al 75%, 4 punti se superiore al 75%;
- spese sanitarie di importo superiore a € 200<sup>3</sup>, sostenute durante i 12 mesi antecedenti alla data di presentazione della domanda e documentate attraverso dichiarazione del medico di medicina generale oppure dal pediatra di libera scelta = 1 punto se superiore a tale importo e fino al 50% oltre lo stesso, 2 punti se superiore al 50% e fino al 100%; 3 punti se superiore al 100% e fino al 300%; 4 punti se superiore al 300% e fino al 400%, 5 punti se superiore al 400%;
- per ogni persona minore di età, a carico = 2 punti;
- per ogni persona abile al lavoro ed in età lavorativa, non occupata, parte del nucleo familiare e priva di risorse proprie = 1 punto fino a 30 anni di età; 2 punti da 31 a 45 anni di età; 3 punti oltre i 45 anni di età;
- per ogni persona di età superiore ai 65 anni, con un reddito, annuo e personale, di importo non superiore a quello dell'assegno sociale = 2 punti;
- per ogni persona con invalidità, certificata, fino al 66% = 1 punto;
- per ogni persona con invalidità, certificata, superiore al 66% e fino al 74% = 2 punti;
- per ogni persona con invalidità, certificata, dal 74% e fino al 99% = 3 punti;
- per ogni persona con invalidità, certificata, del 100% = 4 punti;
- per ogni persona con invalidità, certificata, del 100% con indennità di accompagnamento = 5 punti;

<sup>3</sup> Riferiti all'anno 2011 e rivalutati, annualmente, sulla base dell'indice I.S.T.A.T.



## Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona "Penisola Sorrentina"

### DOMANDA D'ACCESSO AI SERVIZI

- per ogni persona diversamente abile, certificata ai sensi dell'art. 3, L. 104/92, qualora non sia certificata alcuna invalidità = 2 punti;
- per ogni persona diversamente abile, certificata ai sensi dell'art. 2, L. 104/92, qualora non sia certificata alcuna invalidità = 1 punto;
- per ogni persona diversamente abile che percepisce la misura dell' "indennità di frequenza" = 4 punti;
- per ogni persona in situazione di "dipendenza", certificata dall'Unità Operativa dell'A.S.L. di competenza = 5 punti;
- per ogni persona separata legalmente o divorziata, con un reddito, annuo e personale, di importo non superiore a quello dell'assegno sociale, che non percepisce, a nessun titolo, assegni di mantenimento. Nel caso in cui il mantenimento è stato riconosciuto dall'Autorità Giudiziaria e non venga erogato, tale situazione deve risultare da idonea denuncia all'Autorità Giudiziaria che l'ha riconosciuto = 2 punti, con figli minori d'età a carico si aggiunge un punto per ciascuno di essi;
- per ogni persona che versa, a seguito di separazione legale o divorzio, assegni di mantenimento = 1 punto;
- per ogni persona vedova, con un reddito, annuo e personale, di importo non superiore a quello dell'assegno sociale = 2 punti, con figli minori d'età a carico si aggiunge un punto per ciascuno di essi;
- per ogni persona coniugata o convivente con partner detenuto, la quale abbia un reddito, annuo e personale, di importo non superiore a quello dell'assegno sociale = 2 punti, con figli minori d'età a carico si aggiunge un punto per ciascuno di essi;
- per ogni persona ex-detenuta (entro sei mesi dalla data di immissione in libertà) = 5 punti;
- per ogni persona ex-detenuta (entro un anno dalla data di immissione in libertà) = 3 punti;
- per ogni persona ex-detenuta = 2 punti;
- per nuclei familiari che vivono in abitazioni igienicamente e/o strutturalmente inadeguate (condizione accertata attraverso certificazioni tecniche di uffici competenti) = 2 punti;
- per le persone di età superiore ai 65 anni, che vivono da sole = 2 punti;
- per le persone di età superiore ai 65 anni, che vivono in coppia (entrambi ultrasessantacinquenni) = 2 punti (nel caso in cui presentino domanda entrambi i componenti della coppia, a ciascuno è attribuito un solo punto);
- per le persone di età superiore ai 65 anni, che vivono sole con persona diversamente abile, certificata ai sensi dell'art. 3, L. 104/92 e/o con invalidità civile del 100% = 4 punti;
- per le persone di età superiore ai 65 anni, che vivono in coppia (entrambi ultrasessantacinquenni) con persona diversamente abile, certificata ai sensi dell'art. 3, L. 104/92 e/o con invalidità civile del 100% = 2 punti (nel caso in cui presentino domanda entrambi i componenti della coppia, a ciascuno è attribuito un solo punto);
- per le persone prive di parenti obbligati agli alimenti (ai sensi dell'art. 433 del codice civile) = 3 punti;
- per i beneficiari di Servizi che si trovano nelle situazioni di cui all'art. 7, comma 2, del presente Regolamento, relativamente al valore dell'I.S.E.E. del nucleo familiare cui

Regione Campania

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona "Penisola Sorrentina" - ex L. 328/00 - L.R. 11/07

Comuni Associati: Massa Lubrense, Meta, Piano di Sorrento, Sant'Agnello, Sorrento, Vico Equense - Ente partner: A.S.L. Napoli 3 Sud

C. F. 09025691214 - Sede dell'Azienda Speciale Consortile: Via degli Aranci n.41, 80067 Sorrento NA

Tel. 081 878 55 42 ; Fax . 081 8073907; pec: [asps.penisolasorrentina@pec.it](mailto:asps.penisolasorrentina@pec.it); e-mail: [pszn33@gmail.com](mailto:pszn33@gmail.com); sito web: [www.pszna33.gov.it](http://www.pszna33.gov.it)

Facebook: Piano Sociale di Zona Ambito Territoriale Napoli Trentatrè - Twitter: Pszn33



## Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona "Penisola Sorrentina"

### DOMANDA D'ACCESSO AI SERVIZI

appartengono, si provvede all'attribuzione dei seguenti punti in base alla percentuali di compartecipazione alla spesa: 8 punti per compartecipazione pari a zero; 6 punti per compartecipazione fino al 25%; 4 punti per compartecipazione fino al 50%; 2 punti per compartecipazione fino al 75%;

- per i nuclei familiari in cui i componenti che producono reddito risultano ricoverati in strutture ospedaliere oppure di cura per almeno un mese, ovvero effettuano presso tali strutture ricoveri reiterati, almeno 3, anche se in day hospital, nell'arco dell'ultimo anno = da 1 a 3 punti, secondo la valutazione professionale dell'Ufficio Servizi Sociali, competente per territorio;
- per le situazioni reali di disagio psico-socio-sanitario-educativo-ambientale, non prevedibili dai sopraccitati parametri di accesso, in seguito ad indagine sociale, formalizzata in idonea relazione del Servizio Sociale Professionale competente per territorio = da 1 a 5 punti;
- per le situazioni di disagio economico, certificate attraverso l'I.S.E.E., si provvede all'attribuzione dei seguenti punti in base alla compartecipazione alla spesa che tale certificazione determina: 10 punti per compartecipazione pari a zero; 8 punti per compartecipazione fino al 25%; 6 punti per compartecipazione fino al 50%; 4 punti per compartecipazione fino al 75%;
- per i beneficiari che hanno partecipato alla spesa per Servizi, di tipo socio-sanitario, per importo superiore a € 200<sup>4</sup>, durante i 12 mesi antecedenti alla data di presentazione della domanda e documentati attraverso dichiarazione dell'Ufficio competente, = 1 punto se superiore a tale importo e fino al 50% oltre lo stesso, 2 punti se superiore al 50% e fino al 100%; 3 punti se superiore al 100% e fino al 300%; 4 punti se superiore al 300% e fino al 400%, 5 punti se superiore al 400%;
- per i beneficiari dei servizi di assistenza domiciliare sociale, siano essi minori, diversamente abili oppure anziani, che hanno l'esigenza di ritirare farmaci, alimenti per la nutrizione enterale e/o parenterale, oppure dispositivi medici, presso l'Unità Operativa di Assistenza Farmaceutica dell'Azienda Sanitaria Locale competente, in presenza di una rete di aiuto familiare non in grado di assicurare tale "compito di cura" = 5 punti. Per i beneficiari di cui al presente punto, è necessario che sia assicurata specifica delega all'Operatore Socio Assistenziale ad effettuare il ritiro dei sopra citati farmaci, alimenti oppure dispositivi medici. Per tale intervento, da prevedere nel Progetto d'Intervento Individualizzato, si prevede, di norma, l'assegnazione di n. 1 ora al mese per il ritiro di farmaci, alimenti oppure dispositivi medici, nonché di n. 3 ore ogni trimestre per il disbrigo delle relative pratiche amministrative, nei limiti delle risorse disponibili e salvo diversi accordi intercorrenti tra il Piano Sociale di Zona e l'Azienda Sanitaria Locale competente, ovvero diverse procedure attivate dall'Azienda Sanitaria Locale competente.

**Dichiara**, inoltre, di essere informato del fatto che:

- ✓ Autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003 e ss. mm. ii.

<sup>4</sup> Riferiti all'anno 2011 e rivalutati, annualmente, sulla base dell'indice I.S.T.A.T.



**Azienda Speciale Consortile per i  
servizi alla persona "Penisola  
Sorrentina"**

**DOMANDA D'ACCESSO AI SERVIZI**

letto alla luce del Regolamento U.E. 2016/679.

✓ Autorizza, l'Ambito Territoriale a fornire i propri nominativi e i seguenti  
recapiti \_\_\_\_\_ ai soggetti  
\_\_\_\_\_ prestatori dei servizi.

**Allega, alla presente domanda (contrassegnarli con una X):**

- attestazione I.S.E.E. rilasciata ai sensi della normativa vigente;
- fotocopia del documento d'identità, nel caso in cui la domanda non sia sottoscritta in presenza di un operatore incaricato;
- certificato medico, laddove previsto;
- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_.

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Firma del Destinatario

Eventuale firma del Segnalante

\*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).