

Allegato A

AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI _____

DOMANDA DI ACCESSO PER INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (___)

il _____, e residente in _____ alla via/piazza/vico/c.da _____

_____ n. _____, C. F. _____,

tel. _____,

(eventualmente) in qualità di _____

di _____, nato/a a _____ (___) il

_____, ed residente in _____ alla via/piazza/vico/c.da

_____ n. _____, C. F. _____,

tel. _____;

CHIEDE

di accedere alle prestazioni:

- Servizio di Assistenza Domiciliare in modalità integrata con ASP per anziani non autosufficienti ultrasessantacinquenni**
- Servizio di Assistenza Domiciliare attraverso piani individualizzati a persone non autosufficienti con particolari svantaggi fisici e/o psichici e sociali**

A TAL FINE DICHIARA:

PARAMETRI REDDITUALI

il valore ISEE del nucleo familiare convivente con il beneficiario delle prestazioni socio-assistenziali per l'anno 2013 ammonta ad € _____;

CONDIZIONI FAMILIARI

il beneficiario delle prestazioni socio-assistenziali versa in una delle seguenti condizioni:

- Solo/a o con conviventi non autosufficienti
- Solo/a con sostegno familiare vicino
- Persona con nucleo familiare in presenza di altri componenti non autosufficienti
- Persona che coabita con il coniuge o figli abili o altri parenti

DICHIARA, ALTRESÌ

di essere a conoscenza della tipologia delle prestazioni, delle modalità di accesso e di valutazione delle domande.

SI IMPEGNA A:

comunicare per iscritto agli Uffici competenti ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

Allega alla presente domanda:

1. Certificazione ISEE 2014 con riferimento al reddito anno 2013
2. Certificazione di non autosufficienza (legge 104/92 art. 3 comma 3 - L. n. 102/2009, art. 20) e/o altra certificazione di invalidità rilasciati dagli organi sanitari(per le persone non autosufficienti sotto i 65 anni)
3. Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni del nucleo convivente con l'utente.
4. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.
5. Certificato del medico curante attestante la condizione di non autosufficienza (per le persone oltre i 65 anni).

Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Firma del beneficiario o del familiare

(Cognome e nome) _____

Si autorizza il Servizio Competente al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio, anche con altri enti/organizzazioni attuatori del servizio, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

(Data) _____

(Firma)
