

Al Settore Servizi Sociali del Comune di Fuscaldo

OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ il _____ Codice
Fiscale _____ residente a _____ Via _____ n. _____
tel. _____ e – mail _____

- ☐ in qualità di beneficiario
☐ in qualità di familiare o parente affine

Grado di parentela: ☐ marito/ moglie ☐ genitore ☐ nonno/a ☐ zio/a ☐ suocero/a ☐ cognato/a
altro (*specificare*) _____

Del beneficiario _____ nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale
_____ residente a _____ Via _____ n. _____ tel
_____ e mail _____

Chiede

L'ammissione al servizio di assistenza domiciliare (barrare una sola casella)

- ☐ Anziani ultra-sessantacinquenni in condizione di limitata autosufficienza e/o non autosufficienti;
☐ Persona con disabilità < 65 anni;

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e **consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia**, sotto la propria responsabilità

Dichiara che

Il beneficiario per cui si richiede l'ammissione al servizio :

- ☐ Usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare;
☐ Non usufruisce di misure assistenziali domiciliari;
☐ Che il nucleo familiare è composto dalle seguenti unità:

Cognome e nome	Luogo e nascita	Grado di parentela	Codice fiscale

Il beneficiario si trova nelle seguenti condizioni di salute

- ☐ Persona portatore di handicap in situazione di gravità (art.3 comma 3 di cui alla legge 104/92) ;
- ☐ Persona invalida con percentuale pari a ____%;
- ☐ Titolare di indennità di frequenza ;
- ☐ In condizioni di autosufficienza parziale tale da compromettere lo svolgimento degli atti di vita quotidiana ;

Di dichiarare che la condizione familiare del beneficiario è la seguente:

- ☐ persona che vive da sola ;
- ☐ persona che vive con coniuge/convivente e/o altri familiari non autosufficienti ;
- ☐ persona che vive con coniuge/ convivente e /o altri familiari autosufficienti ;

Di avere un attestazione isee :

- ☐ < 10.140 euro
- ☐ >10.140 euro

Dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico e di essere consapevole che l'ammissione alle prestazioni di assistenza è subordinata, a pena di esclusione, alla completezza della documentazione allegata alla presente Domanda e, pertanto, **allega:**

- [] copia del documento di riconoscimento e tessera sanitaria, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario del servizio (entrambi, nel caso in cui i due soggetti non coincidano);
- [] copia della documentazione attestante il possesso della condizione di non autosufficienza (verbale di invalidità) ;

oppure :

- [] certificato del medico curante;
- [] attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
- [] copia dell'eventuale provvedimento di nomina all'ufficio di tutore/amministratore di sostegno;

AUTORIZZAZIONE PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare di cui al relativo Avviso Pubblico, ai sensi del Regolamento Europeo GDPR N. 679/2016 e del

D.Lgs. n. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss.mm.ii.

Data

Firma
