

RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a _____
 nato/a _____ il _____
 residente a _____ Via/Piazza _____
 Codice Fiscale _____ Telefono _____
 E-Mail o posta certificata _____

In caso di rappresentante legale (tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc...) o di persona che firma per
 impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Il Sig./La Sig.ra _____
 Codice Fiscale _____ Residente in _____
 Cap. _____ Tel./Cell. _____
 E-Mail o posta certificata _____

- in qualità di:
- ☐ rappresentante legale del richiedente (specificare) _____
 - ☐ persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela) _____
 - ☐ parente o altra persona che richiede la prestazione in nome e per conto di altro soggetto

CHIEDE

L'ammissione al Servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE

DICHIARA

- Che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di _____
 — Che il nucleo familiare del destinatario del beneficio è composto come segue

	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1			
2			
3			
4			
5			

DICHIARA INOLTRE

(barrare la casella corrispondente)

	Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92) e invalida al 100 %
	Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92)

	Persona invalida al 100 %
	Persona portatrice di disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92)
	Persona invalida con una percentuale tra il 74% e il 99% o persona non autosufficiente a causa di malattia recente

— Dati Medico di Medicina Generale del destinatario del beneficio richiesto:

Dr.

Tel.

Studio medico, Via

Città

Altro Medico Proponente:

Cognome e Nome:

Struttura di appartenenza:

Tel./Cell.

Fax

ALLEGA alla presente:

- ✓ Copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
- ✓ Copia della Tessera Sanitaria del richiedente in corso di validità (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
- ✓ Copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (ex carta di soggiorno) in corso di validità del beneficiario, qualora si tratti di persona extracomunitaria;
- ✓ Copia dell'eventuale provvedimento di nomina all'ufficio di Tutore/Amministratore di Sostegno;
- ✓ Copia della certificazione di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92) priva di Omissis, dalla quale si evinca la diagnosi;
- ✓ Copia della certificazione di disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92) priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- ✓ Copia della certificazione di riconoscimento di invalidità al 100% priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- ✓ Copia della certificazione del riconoscimento invalidità tra il 74% e il 99%, che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- ✓ Copia attestazione ISEE del nucleo familiare del beneficiario in corso di validità o Copia attestazione ISEE di tipo socio-sanitario in caso di persone con disabilità (di cui alla L. 104/92);
- ✓ SVAMA SANITARIA redatta a cura del medico curante.

AUTORIZZA

il Servizio Sociale del Comune di _____ e il Servizio Sociale dell'Ambito Territoriale di Melito di Porto Salvo al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

DICHIARA

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare a

valere sui fondi per le non autosufficienze

- di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza – entro 15 giorni dalla data in cui ne venga a conoscenza- ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all’atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;
- di essere a conoscenza che la documentazione di coloro che beneficeranno del servizio verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni sottoscritte, è prevista la segnalazione all’Autorità Giudiziaria
- di essere a conoscenza dell’articolo 11 dell’avviso pubblico rubricato “compartecipazione a carico dei beneficiari” che andrà versata direttamente all’ETS da me prescelto a seguito di avvio del servizio, nulla pretendendo nei confronti del comune;
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; sotto la propria personale responsabilità ed ai sensi dell’articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole che ai sensi dell’articolo 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l’uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data/luogo

Firma
