

**DOMANDA AVVISO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE AD ANZIANI E
DISABILI NON AUTOSUFFICIENTI**

Al Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ -
il _____, residente a _____ (CZ), via _____ n. _____ CAP _____

CHIEDE

di usufruire dei servizi di assistenza domiciliare, relativamente all'intervento (barrare la casella d'interesse) :

- INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI ;
- PIANI INDIVIDUALI D'ASSISTENZA;
- ADI ANZIANI;
- ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI

a tal fine

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti requisiti (barrare la casella corrispondente):

Età:

- Anni da 65 ai 75
- Anni da 76 ad 80
- Anni da 81 a 85
- Anni da 86 a 90
- Anni oltre 91

Reddito:

- ISEE riferito all'intero nucleo familiare inferiore ad € 5.000,00
- ISEE riferito all'intero nucleo familiare compreso tra € 5.000,01 e € 7.500,00
- ISEE riferito all'intero nucleo familiare compreso tra € 7.500,01 e € 10.000,00
- ISEE riferito all'intero nucleo familiare compreso tra € 10.000,01 e € 15.000,00
- ISEE riferito all'intero nucleo familiare oltre € 15.000,01

Situazione familiare:

- Anziano/a solo/a senza figli e non titolare di assegno di accompagnamento
- Anziano/a solo/a senza figli e titolare di assegno di accompagnamento
- Anziano/a solo/a con figli residenti fuori Comune non titolare di assegno di accompagnamento

- Anziano/a solo/a con figli residenti fuori Comune titolare di assegno di accompagnamento (anche se uno solo dei coniugi)
- Coppia di anziani senza figli non titolare entrambi di assegno di accompagnamento
- Coppia di anziani senza figli e titolare di assegno di accompagnamento
- Coppia di anziani con figli residenti fuori comune
- Anziani conviventi con nucleo parenterale
- Anziani con presenza di figli o altro parente nello stato di famiglia
- di usufruire di altro servizio di assistenza dei servizi sociali erogati dal Comune.
- di non usufruire di altro servizio di assistenza dei servizi sociali erogati dal Comune

Invalidità:

- Invalidità al 100% senza accompagnamento e/o con stato handicap grave
- Invalidità superiore all'80 %
- Invalidità inferiore all'80% e/o con possesso 104/92
- Invalidità al 100% con accompagnamento

NOTE: _____

Dichiara, altresì, di essere informato, 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.

Si allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- Modello ISEE;
- Certificazione attestante le patologie esistenti ed invalidità;
- Dichiarazione relativa alla propria situazione familiare.
- Copia del documento di identità o altro documento di riconoscimento equipollente, secondo la normativa vigente, in corso di validità.

Dichiara, altresì, :

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.

Addì _____

FIRMA
