

## DOMANDA AVVISO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE AI DISABILI

Al Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (CZ),  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei servizi di assistenza domiciliare.  
a tal fine

### DICHIARA

Di avere una età inferiore a 65 anni

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

#### Reddito:

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> ISEE riferito all'intero nucleo familiare inferiore ad € 5.000,00              | Punti 15 |
| <input type="checkbox"/> ISEE riferito all'intero nucleo familiare compreso tra € 5.000,01 e € 7.500,00 | Punti 10 |

#### Situazione familiare:

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Soggetto Disabile solo/a   | Punti 10 |
| <input type="checkbox"/> Soggetto Disabile con presenza di moglie/marito,<br>figli o altro parente nel nucleo familiare | Punti 5  |

#### Invalidità:

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Invalidità al 100% senza accompagnamento | Punti 15 |
| <input type="checkbox"/> Invalidità superiore all'80 %            | Punti 10 |
| <input type="checkbox"/> Invalidità inferiore all'80%             | Punti 5  |
| <input type="checkbox"/> Invalidità al 100% con accompagnamento   | Punti 2  |

Frequenza centro per disabili

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> si  |  |
| <input type="checkbox"/> no  |  |
| <input type="checkbox"/> indicare bisogni specifici del disabile _____ |  |

---

---

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 lo stato di disabilità.
- 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.

Addì \_\_\_\_\_

FIRMA