

DOMANDA AVVISO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE SEMPLICE AD ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

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

Età:

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Anni da 65 ai 75 | Punti 5 |
| <input type="checkbox"/> Anni da 76 ad 90 | Punti 10 |
| <input type="checkbox"/> Anni oltre 91 | Punti 15 |

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"/> Anziano/a solo | Punti 15 |
| <input type="checkbox"/> Anziano/a con presenza di moglie/marito, | Punti 10 |
| <input type="checkbox"/> Anziano/a con figli o altro parente nel nucleo familiare | Punti 5 |

Invalidità:

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Invalidità al 100% senza accompagnamento | Punti 15 |
| <input type="checkbox"/> Invalidità inferiore all' 100% | Punti 10 |
| <input type="checkbox"/> invalidità con necessità di assistenza H 24 | Punti 10 |
| <input type="checkbox"/> Invalidità al 100% con accompagnamento | Punti 5 |

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
- Certificato medico curante attestante necessità di assistenza H 24 .
- Copia del documento di identità o altro documento di riconoscimento equipollente, secondo la normativa vigente, in corso di validità.

Addì _____

FIRMA