



Prot. n. _____
Del _____

Alla Responsabile del
Settore Politiche Sociali
Comune di _____

OGGETTO: Richiesta Servizio di Assistenza Domiciliare.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ stato civile _____
residente in _____ Via _____ n° _____
Telefono _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

Di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare

- Per se stesso/a;
 In qualità di _____

(grado di parentela/tutore/amministratore di sostegno/tutore legale), in favore di:

Cognome e Nome _____
nato/a a _____ il _____ stato civile _____
residente a _____ in Via _____ n° _____
Telefono _____ Codice Fiscale _____;

A TAL FINE

Avvalendosi delle disposizioni di cui all'art.47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

a) che il proprio nucleo familiare è così composto:

COGNOME	NOME	GRADO DI PARENTELA

- b) Che il valore ISEE per prestazioni socio-sanitarie non residenziali del beneficiario (ai sensi del DPCM 159/2013), rilasciato in data _____, è pari a € _____;
- c) Che il/la destinatario/a dell'intervento di assistenza domiciliare:
- è portatore di handicap ai sensi della legge 104 art.3 comma 3;
 - è titolare d'invalidità civile _____ %;
 - è titolare d'indennità d'accompagnamento;
 - ha effettuato richiesta per il riconoscimento di invalidità civile in data: _____;
 - ha effettuato richiesta per il riconoscimento della legge 104/92 in data: _____;
- d) di essere a conoscenza del fatto che, trattandosi di un servizio a domanda individuale, è prevista la contribuzione al costo orario in base a quanto disposto dal *"Regolamento del PLUS 21 per la compartecipazione dell'utenza al costo dei servizi sociali e sociosanitari"*.

Il sottoscritto si impegna a rendere tempestiva comunicazione al Responsabile del Servizio Sociale del Comune su ogni variazione socio-economica del nucleo familiare del beneficiario;

Luogo, _____

Il sottoscritto dichiara, inoltre, che:

1. di essere a conoscenza che la domanda incompleta, priva di firme o della documentazione richiesta comporterà la sospensione della stessa sino alla sua regolarizzazione;
2. di essere a conoscenza che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia (artt. 75 e 76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa DPR 445/2000);
3. di aver preso visione dell'informativa privacy riportata in allegato alla presente domanda, ai sensi del regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) n. 2016/679 (GDPR)
4. di essere a conoscenza che i dati raccolti nella presente procedura sono acquisiti e utilizzati ai soli fini necessari per l'espletamento delle procedure di gestione del servizio;
5. di acconsentire al trattamento dei dati, anche sensibili, in quanto necessari alla fornitura del servizio;
6. di essere a conoscenza che l'eventuale rifiuto al trattamento dei dati raccolti comporta l'impossibilità di accedere alla richiesta di attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare.

Luogo, _____

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero trasmessa insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità all'ufficio protocollo del Comune.

Allega (barrare le caselle interessate):

- Fotocopia documento di identità personale in corso di validità del beneficiario e del richiedente;
- Attestazione ISEE;
- Certificazione medica;
- eventuale attestazione di riconoscimento di non autosufficienza, ovvero accertamento dell'handicap da parte delle Commissioni di cui all'art.3 comma 3 della L n° 104/92;
- eventuale riconoscimento dell'invalidità civile ai sensi della legge 295/90 e successive modificazioni.
- Altro: (specificare) _____