

ALLEGATO "A"

All'Ambito Territoriale Sociale di Spilinga
Comune Capofila Spilinga
ufficiodipiano@asmepec.it

Per il tramite del Comune di _____

Oggetto: Richiesta servizi di supporto alla domiciliarità, assistenza domiciliare per persone disabili non autosufficienti. F.N.A. Annualità 2017-2018.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ___/___/___ residente a _____ in via _____
n. _____, C.F. _____ telefono _____/
cellulare _____ e-mail _____
PEC _____ in qualità di _____

CHIEDE

per se stesso

per il/la sig./ra _____

nato/a _____ (____) il ___/___/___

residente _____ via _____

n. _____ C.F.: _____ tel _____

cell. _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio è residente nel Comune di _____, appartenente all'Ambito Territoriale Sociale - Comune Capofila di Spilinga;
- che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio:
 - non usufruisce di contributi economici erogati da Enti Pubblici;
 - usufruisce di contributi economici erogati da Enti pubblici (.....);
 - non ha usufruito del contributo erogato dall'ASP attraverso il fondo assegnato con la medesima DGR 638 del 2018 (disabilità gravissime);
 - di accettare tutte le condizioni stabilite nell'Avviso Pubblico;
 - ha un nucleo familiare composto da n. _____ persone come indicato di seguito:

NUCLEO FAMILIARE				
N.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale

– **che il reddito del nucleo familiare ISEE (ISEE socio-sanitario) è di €.**

– **che presenta il seguente stato di salute/invalidità:**

- Situazione di handicap di cui all'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n.104
- Situazione di invalidità al 100% con compagno;
- Situazione di invalidità al 100%;
- Situazione di handicap di cui all'art.3.1, della legge 104/92;
- Situazione di invalidità dal 67% al 99%
- Situazione di handicap certificata dal medico di medicina generale attestante la situazione sanitaria e di non autosufficienza;

– **che presenta la seguente condizione socio-ambientale:**

- Persona disabile/non autosufficiente che vive da sola senza figli
- Persona disabile/non autosufficiente che vive con altri familiari disabili
- Persona disabile/non autosufficiente sola con minori a carico
- Persona disabile che vive sola con figli residenti in altri Comuni
- Persona disabile con coniuge e senza figli
- Persona disabile con minori a carico e con coniuge e/o conviventi
- Persona disabile con coniuge e con figli residenti in altri Comuni
- Persona disabile che vive sola e con figli residenti nello stesso Comune
- Persona disabile con coniuge e con figli residenti nello stesso Comune
- Persona disabile coabitante con figli e/o parenti autosufficienti
- Altro (da specificare)

ALLEGA alla presente:

- Certificazione attestante la situazione di handicap ai sensi della legge 104/92, o certificazione di invalidità rilasciata dalla commissione medica;
- Certificazione rilasciata dal medico di medicina generale (eventuale);
- Attestazione ISEE di riferimento della persona da assistere in corso di validità e

relativa DSU e precisamente:

a) ISEE socio-sanitario per utenza disabili/non autosufficienti completo della DSU con quadro FC7;

- Fotocopia documento di riconoscimento dell'istante;
- Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria del soggetto per il quale si richiede il servizio domiciliare;
- Fotocopia provvedimento di nomina all'ufficio di tutore (eventuale);
- Altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (eventuale)

AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali e ss.mm.ii. e Regolamento UE-GDPR n. 2016/679.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)
