

**Al Responsabile dell'Ufficio di Piano
Ambito Territoriale n.3
di Francavilla Fontana
tramite il Segretariato Sociale
del Comune di _____**

RICHIESTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Anno 2009

Il/la sottoscritto/a _____

Cod. Fiscale _____

residente in Via _____ n. _____

località _____

nato/a a _____ il _____

tel.n. _____ cell. _____

CHIEDE

- ☐ di poter usufruire del servizio di assistenza domiciliare
- ☐ in qualità di * _____ che il servizio di assistenza
domiciliare venga erogato a favore di _____
_____ nato a _____
il _____ residente in Via _____
tel./cell. _____

* specificare il grado di parentela

Si richiedono le seguenti prestazioni:

- ☐ Aiuto alla persona
- ☐ Educazione all' autonomia
- ☐ Igiene ambientale
- ☐ Servizi esterni
- ☐ Servizi alla famiglia

Breve descrizione delle motivazioni per le quali si chiede l'intervento assistenziale:

Indicare numero di ore e giorni presumibili, necessari all'erogazione del servizio:

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n.45 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara quanto segue:

- ☐ la situazione economica determinata ai sensi dei DD.Lgs. 109/98 e 130/2000 è pari ad un valore ISEE di Euro _____

(ricavato dalla dichiarazione sostitutiva unica, in corso di validità annuale, come da modello tipo contenuto nell'allegato a.) al DPCM 18 maggio 2001, che deve essere allegato alla presente domanda).

- ☐ di essere a conoscenza che, nel caso di concessione di sovvenzione, contributi, sussidi o prestazione sociale agevolata, ai sensi dell'art.4 comma 8 del D.Lgs. 109/98 e successive modificazioni, possono essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.
- ☐ Il/la sottoscritto/a autorizza il responsabile del procedimento ad utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta per le finalità previste dalla legge, nonché per elaborazioni statistiche da svolgere in forma anonima e per la pubblicazione degli esiti del procedimento, il tutto nel rispetto dei limiti posti dalla L.675/96.

Allegati:

- a) Dichiarazione Sostitutiva Unica (ISEE) in corso di validità;
- b) Copia del documento d'identità;
- c) Certificazione di handicap e/o altra certificazione di grave patologia invalidante rilasciata dalla Commissione Medica dell'ASL
- d) Certificato del medico curante attestante le condizioni psico-fisiche del beneficiario del servizio;
- e) Altro: _____

Data _____

Firma del richiedente
