

ALL' UFFICIO PROTOCOLLO DEL

COMUNE DI DIPIGNANO (CS)

protocollo.dipignano@asmepec.it

RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____) il
_____, e residente in _____ alla
via/piazza/vico/c.da _____ n. _____,
C.F. _____, tel. _____,

CHIEDE L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE:

o Per sé stesso

o In qualità di _____ Per il/la sig.ra _____

Nato/a a _____ (____) il _____, ed residente nel comune di
_____ alla via/piazza/vico/c.da _____
n. _____, C. F. _____, tel. _____;

DICHIARA

**consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di
atti falsi (ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000)**

- Che il nucleo familiare destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n. _____ componenti.
- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio ha _____ anni compiuti.
- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio è (barrare la casella interessata):

persona con invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;

persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92);

persona con invalidità dal 74 al 100%;

persona portatore di handicap (art. 3, co. 1 legge 104/92);

persona invalida al 100% in attesa del riconoscimento di cui alla legge n. 104/92 (da allegare alla domanda la ricevuta d'invio all'INPS).

- Che la situazione relativa al nucleo familiare è la seguente:

persona che vive sola nel proprio comune di residenza, senza nessun figlio o altri familiari e/o affini;

persona che vive con coniuge e/o figli o altri familiari non autosufficienti;

persona che vive sola con figli residenti fuori del Comune e fuori Provincia;

persona che vive sola con figli residenti fuori del Comune oltre 30 Km;

persona che vive con coniuge autosufficiente e con figli fuori comune;

persona che vive sola con figli residenti nel Comune;

persona che vive con coniuge e con figli nel Comune;

persona e/o coppia disabile non autosufficiente coabitante con figli o altri familiari e/o affini autosufficienti;

che usufruisce di altro intervento pubblico di assistenza similare.

- Che il valore dell'Isee è pari a € _____

Allega alla presente domanda:

1. Stato di famiglia/ Autocertificazione della composizione del nucleo familiare convivente con l'utente;
2. Eventuale copia Verbale Accertamento dell'Invalidità Civile;
3. Eventuale copia Verbale Accertamento di Handicap, ai sensi della legge n. 104/92;
4. Attestazione ISEE Sociosanitaria in corso di validità del nucleo familiare convivente con l'utente;
5. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del richiedente e, se diverso, del soggetto per il quale si chiede assistenza.

Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Dipignano lì, _____ -

Firma del beneficiario o del familiare _____