**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE**

**DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**All’Ufficio di Piano dell’Ambito**

**Territoriale Sociale di**

**GALLIPOLI**

**Oggetto:** Servizio di Assistenza domiciliare sociale per persone anziane (SAD). Richiesta di ammissione.

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

domiciliato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_ ) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

🞎 per se stesso

🞎 per il coniuge/parente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( \_\_ )

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( \_\_\_ )

in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di usufruire del servizio di assistenza domiciliare (SAD) per persone anziane over 65

A tal fine **DICHIARA** sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000) , con riferimento alla persona beneficiaria della prestazione sociale , quanto segue:

□ assenza di aiuti parentali (mancanza totale di parenti tenuti all'assistenza o in grado di provvedere per motivi oggettivi) specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ difficoltà nell'aiuto parentale (presenza all'interno della famiglia anagrafica di anziani, di minori, di altri disabili, e di adulti impossibilitati a garantire, per ragioni oggettive, l'assistenza adeguata: specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ richiedente portatore di handicap in situazione di gravità (art.3 Legge104/92);

**Dichiara, altresì**, che il reddito familiare ISEE (relativo all'ultimo reddito certificabile ai sensi della vigente normativa), è pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si attesta che i redditi non soggetti ad IRPEF e non dichiarati nell'ISEE sono pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_

annui (pensioni invalidi civili, assegno di accompagnamento, rendita INAIL, ecc)

Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio richiesto, dichiara di essere a conoscenza che

possono essere eseguiti dei controlli nei suoi confronti e del suo nucleo familiare diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, da confrontarsi con i dati del sistema informativo

del Ministero delle Finanze.

Il7La sottoscritta, in caso di ammissione al servizio richiesto, dichiara di essere a conoscenza che dovrà essere corrisposta una quota di compartecipazione al costo del servizio che verrà calcolata tenendo conto dell’Indicatore della Situazione Socio Economica Equivalente (ISEE) del nucleo familiare del richiedente.

La sig.ra / il sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorizza** l’Ufficio di Piano al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l’espletamento della

procedura di attivazione del contributo economico in parola, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e successive integrazioni.

**Allega:**

**-** stato di famiglia del nucleo familiare interessato;

**-** verbali delle Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. n. 104/1992) ovvero idonea

certificazione sanitaria rilasciato da strutture del SSN;

**-** certificato ISEE del nucleo familiare di data non anteriore ad un semestre dalla data di

pubblicazione del presente Avviso o comunque in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_