

Al Sig. Responsabile del Servizio
Socio-Assistenziale del
COMUNE di _____

OGGETTO: Richiesta di ammissione al servizio di sostegno a domicilio
per le persone anziane in difficoltà (S.A.D.).

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ alla Via _____
_____, n. _____, tel. _____, codice fiscale _____,
persona di riferimento Sig. _____ tel. _____, nella sua
qualità di (1) _____

CHIEDE

- di essere ammesso
- di ammettere il Sig. _____, nato a _____
il _____ e residente a _____, alla Via _____,
n. _____, codice fiscale _____, al Servizio di sostegno a domicilio per le
persone anziane in difficoltà.

Note: (1)

In caso di difficoltà della persona anziana a formulare autonomamente la richiesta, la stessa può essere sottoscritta e inoltrata, per suo conto, da: familiare, vicino, rappresentante di cooperativa sociale o associazione di volontariato, medico di mmgg.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

1. di essere _____ (2) residente nel Comune di _____;
la persona interessata è
2. di aver compiuto _____ (2) il 65° anno di età alla data di presentazione della domanda;
la persona interessata ha compiuto
3. di essere _____ (2)
la persona interessata è
 non autosufficiente;
 parzialmente sufficiente
a compiere gli atti quotidiani della vita;

4. che il proprio nucleo familiare _____ (2), quale risultante dalla situazione anagrafica il nucleo familiare della persona interessata alla data di presentazione della domanda, è composto di n. _____ unità, di cui n. _____ portatori di handicap, compreso il richiedente;

n.	Relazione parentela	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Professione
1	Richiedente				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Allega alla presente:

- 1- Copia documento di riconoscimento;
- 2- Dichiarazione sostitutiva unica ex DLgs n. 109/98 e succ. corredata dall'attestazione in ordine agli indicatori della situazione economica (ISE) e della situazione economica equivalente (ISEE);
- 3- Documentazione sanitaria proveniente dalla competente Azienda Sanitaria Locale comprovante particolari problemi psichici e/o fisici, tali da determinare uno stato di non autosufficienza o di parziale autosufficienza a compiere gli atti quotidiani della vita da parte del richiedente e/o delle persone con lo stesso dimoranti;
- 4- Documentazione sanitaria attestante lo stato di componenti il nucleo familiare portatori di handicap in situazioni di gravità accertata ai sensi dell'art. 4 L. 104/92:

- Sì
 No

(2) Cancellare la voce che non interessa.

Dichiara di essere consapevole che il Comune, in caso di ammissione al servizio, potrà svolgere controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati dichiarati.

Dichiara, infine, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge n. 675/96 e successive modifiche ed integrazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

li _____

IL DICHIARANTE
 (apporre firma autografa)