

ALL' UFFICIO PROTOCOLLO
DEL COMUNE DI

RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI:

Prestazioni di Assistenza domiciliare socio assistenziale ed integrate all'assistenza socio-sanitaria con ASP, Distretto 1 RC

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

☐ Per se stesso

☐ Per il/la Sig.ra _____

in qualità di _____

di _____, nato/a a _____ (____) il

_____, ed residente in _____ alla via/piazza/vico/c.da

_____ n. _____, C. F. _____,

tel. _____;

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del Testo Unico emanato con DPR 28/12/2000 n 445, consapevole 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

- Che il destinatario per cui si chiede il servizio (barrare la casella interessata)

☐ Non usufruisce di altri servizi di assistenza a valere su fondi sanitari o sociali

☐ Usufruisce di altri servizi di assistenza

- Che il nucleo familiare del destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n _____ persone.

- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio ha 65 anni compiuti.

- Che la condizione familiare del beneficiario è la seguente:

☐ Persona che vive sola senza coniuge e/o figli o altri familiari

☐ Persona che vive con coniuge e/o figli o altri familiari non autosufficienti

- o Persona che vive sola con figli residenti fuori dai Comuni dell'Ambito
- o Persona che vive sola con familiare convivente disoccupato
- o Persona che vive con coniuge autosufficiente e con figli fuori dai comuni dell'Ambito
- o Persona che vive sola con figli residenti nei Comuni dell'Ambito
- o Persona che vive con coniuge e con figli residenti nei Comuni dell'Ambito

Allega alla presente domanda:

- ☐ Scheda di richiesta di accesso ai servizi socio – sanitari territoriali, redatta dal medico curante, su modello dell'ASP di riferimento di Reggio Calabria – Distretto n.1 ;
- ☐ Attestazione ISEE di validità annuale in corso di validità del nucleo familiare anagrafico dell'utente ;
- ☐ Eventuale copia del verbale di accertamento dell'invalidità Civile ;
- ☐ Eventuale copia del verbale di accertamento di HANDICAP, ai sensi della legge 104/92 ovvero copia dell'istanza per il riconoscimento della stessa;
- ☐ Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- ☐ Fotocopia di un documento di identità in corso di validità 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.

(Luogo e data) _____,

Firma del beneficiario o del familiare

(Cognome e nome) _____

Si autorizza il Servizio Competente al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio, anche con altri enti/organizzazioni attuatori del servizio, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

(Data) _____

(Firma)
