

**DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI e
DISABILI**

*Al Sindaco del
Comune di Santa Marina*

__l__ sottoscritt__ _____

Nat__ a _____ il _____

e residente a _____ alla _____

_____ n. ____ C.F. _____

Cittadinanza _____ Tel. _____ E-mail _____

CHIEDE

per se stesso

O nella qualità di figlio/a , tutore, curatore, altro (specificare)

_____ per conto del/della

Sig./Sig.ra _____

nato/a il _____ a _____

e residente in _____

all'indirizzo _____

C.F. _____

telefono _____

- di usufruire del Servizio di **Assistenza Domiciliare ANZIANI**
- di usufruire del Servizio di **Assistenza Domiciliare DISABILI**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n.445 del 28/02/2000 e smi.

DICHIARA

1) Di essere in possesso dei requisiti richiesti di cui all'Avviso Pubblico, nello specifico :

- **ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI**

CONDIZIONI FAMILIARI

Anziano che vive solo senza rete parentale in condizioni di non autosufficienza	
Anziano che vive solo senza rete parentale in condizioni di autosufficienza	
Anziano che vive con coniuge con condizioni di non autosufficienza per uno o per entrambi senza rete parentale	
Anziano che vive con coniuge entrambi autosufficienti senza rete parentale	
Anziano che vive solo e non autosufficiente, con figli non residenti nel Comune	
Anziano che vive solo e non autosufficiente, con figli residenti nel Comune	
Anziano che vive solo e autosufficiente, con figli non residenti nel Comune	
Anziano che vive solo e autosufficiente, con figli residenti nel Comune	
Anziano che vive con coniuge con condizioni di non autosufficienza per uno o per entrambi, con figli non residenti nel Comune	
Anziano che vive con coniuge con condizioni di non autosufficienza per uno o per entrambi, con figli residenti nel Comune	
Anziano che vive con coniuge entrambi autosufficienti con figli non residenti nel Comune	
Anziano che vive con coniuge entrambi autosufficienti e con figli residenti nel Comune	

CONDIZIONE ECONOMICA

I.S.E.E. del nucleo familiare	
da € 0,00 a € 5.000,00	
da € 5.000,01 a € 10.000,00	
da € 10.000,01 a €15.000,00	
da € 15.000,01 a € 20.000,00	
da € 20.000,01 a € 25.000,00	
da € 25.000,01 a € 30.000,00	
da € 30.000,01 in poi	

Allegati

- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario se persona differente;
- Certificazione ISEE
- Altra certificazione(specificare)_____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi del Regolamento U.E. n. 676/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del contributo e che l'eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

Firma

DICHIARA

1) Di essere in possesso dei requisiti richiesti di cui all'Avviso Pubblico, nello specifico:

- **ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI**

CONDIZIONI FAMILIARI

Disabile che vive solo senza rete parentale in condizioni di non autosufficienza	
Disabile che vive solo senza rete parentale in condizioni di autosufficienza	
Disabile che vive con parenti con condizioni di non autosufficienza	
Disabile che vive con parenti entrambi autosufficienti	
Disabile che vive solo e non autosufficiente, con parenti non residenti nel Comune	
Disabile che vive solo e non autosufficiente, con parenti residenti nel Comune	
Disabile che vive con coniuge con condizioni di non autosufficienza per uno o per entrambi, con parenti non residenti nel Comune	
Disabile che vive con coniuge con condizioni di non autosufficienza per uno o per entrambi, con parenti residenti nel Comune	
Disabile che vive con coniuge entrambi autosufficienti con parenti non residenti nel Comune	
Disabile che vive con coniuge entrambi autosufficienti e con parenti residenti nel Comune	

CONDIZIONE ECONOMICA

I.S.E.E. del nucleo familiare	
da € 0,00 a € 5.000,00	
da € 5.000,01 a € 10.000,00	
da € 10.000,01 a €15.000,00	
da € 15.000,01 a € 20.000,00	
da € 20.000,01 a € 25.000,00	
da € 25.000,01 a € 30.000,00	
da € 30.000,01 in poi	

GRADO DI DISABILITÀ

I. 104/92 art. 3, comma 3	
I. 104/92 art. 3, comma 1	
Indennità di accompagnamento dal 74% al 100%	

Allegati :

- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario se persona differente;
- Certificazione ISEE;
- Certificazione sanitaria ai sensi dell'art. 3, Legge 104/92 o certificato di invalidità;

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi del Regolamento U.E. n. 676/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del contributo e che l'eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

Firma
