

**DOMANDA DI ACCESSO PER IL SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE E TRASPORTO SOCIALE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_, e residente in \_\_\_\_\_ alla via/piazza/vico/c.da \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, C. F. \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_,  
(eventualmente) in qualità di \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
ed residente in \_\_\_\_\_ alla via/piazza/vico/c.da \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, C. F. \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

di accedere alle prestazioni:

- Servizio di Assistenza Domiciliare**  
 **Servizio di trasporto verso luoghi di cura e riabilitazione**  
-Specificare destinazione \_\_\_\_\_

**A TAL FINE DICHIARA:**

**PARAMETRI REDDITUALI**

il valore ISEE del nucleo familiare convivente con il beneficiario delle prestazioni socio-assistenziali per l'anno 2010 ammonta ad € \_\_\_\_\_;

**CONDIZIONI FAMILIARI**

il beneficiario delle prestazioni socio-assistenziali versa in una delle seguenti condizioni:

- Solo/a o con conviventi non autosufficienti  
 Solo/a con sostegno familiare vicino  
 Persona con nucleo e presenza di altri non autosufficiente  
 coabita con il coniuge o figli abili o altri parenti

**CONDIZIONI DI SALUTE**

il beneficiario delle prestazioni socio-assistenziali versa in una delle seguenti condizioni di sanità:

- Allettati, carrozzati, disabili mentali gravi;  
 Parzialmente non autosufficienti

**DICHIARA, ALTRESÌ**

di essere a conoscenza della tipologia delle prestazioni, delle modalità di accesso e di valutazione delle domande.

**SI IMPEGNA A:**

- comunicare per iscritto agli Uffici competenti ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

Allega alla presente domanda:

1. certificazione ISEE del nucleo familiare convivente con l'utente, con riferimento ai redditi percepiti per l'anno 2010 non superiore ad € 10.633,00;
2. certificazione di non autosufficienza (legge 104/92 art. 3 comma 3 - L. n. 102/2009, art. 20) e/o altra certificazione di invalidità al 100% rilasciati dagli organi sanitari;
3. ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni del nucleo convivente con l'utente.
4. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.
5. Certificato del medico curante attestante la condizione di non autosufficienza dell'anziano.

*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.*

\_\_\_\_\_

*Firma del beneficiario o del familiare*

\_\_\_\_\_

*(Cognome e nome)* \_\_\_\_\_

**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)*

\_\_\_\_\_