***DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 49***

Carlentini Lentini Capofila Francofonte A.S.P. Siracusa





AREA I Servizi Sociali

Comune di CARLENTINI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Carlentini in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di ( convivente,figlio, conoscente, altro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare per anziani in favore di:

□ diretto interessato;

□ familiare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ conoscente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che il nucleo familiare del richiedente il servizio ADA è composto come segue:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grado di parentela | Nome e Cognome | Luogo e data di nascita | Condizione professionale |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Altresì, dichiara quanto segue:

* di essere a conoscenza che sarà formulata una graduatoria degli aventi diritto tenuto conto del reddito posseduto dal nucleo familiare e della presenza del supporto familiare;
* di essere conoscenza della compartecipazione al costo del servizio, nel caso in cui la condizione economica è superiore ai limiti di cui al Decreto Assessorato Regionale EE.LL n. 867/S7 del 2003, art. 4, in ragione del 5% del costo del servizio sostenuto dal Comune per ogni 516,46 € eccedente il reddito di cui alla Certificazione economica presentata;
* che il reddito ISEE in corso di validità è pari ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si allega:

1. certificazione ISEE per l'anno in corso;
2. certificazione sanitaria attestante le condizioni di non autosufficienza;
3. fotocopia del documento di riconoscimento valido del richiedente e di chi presenta l’istanza,

se diverso dal richiedente;

Autorizzazione al trattamento dei dati personali:

il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Li,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

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