CITTÀ DI UGENTO

Comune di Ugento

Provincia di Lecce

*****

UFFICIO SERVIZIO SOCIALE

Al Comune di Ugento
Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI E/O DISABILI (S.A.D.)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (_____) il ____ / ____ / _____ residente a _____ (__) in via _____ n. ____, Codice Fiscale n.ro __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ telefono _____/_____, in qualità di parente o affine[1] (specificare) _____ di _____ nato/a a _____(__) il ____ / ____ / _____, residente a _____(__) in via _____ n. ____ ,

CHIEDE

☐ di essere ammesso

☐ che il proprio congiunto sia ammesso,

a fruire del Servizio di Assistenza Domiciliare a favore di persone anziane e/o disabili erogato dal Comune diUgento.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e 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

a) **che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di _____**(anni compiuti);

b) **che il proprio nucleo familiare, compreso il sottoscritto, è così composto**:

Cognome e Nome	data di nascita	Luogo di nascita	Relazione parentela

[1]

c) che lo *stato di salute* del beneficiario è il seguente:

- ❒ anziano non autosufficiente o invalido che vive solo
- ❒ anziano non autosufficiente o invalido con coniuge non autosufficiente o invalido
- ❒ anziano non autosufficiente o invalido con coniuge
- ❒ anziano che vive solo autosufficiente
- ❒ anziano con coniuge autosufficienti
- ❒ anziano non autosufficiente o invalido che vive in un nucleo familiare allargato
- ❒ anziano autosufficiente che vive in un nucleo familiare allargato
- ❒ altro (specificare) _____

_____

d) che il *valore I.S.E.E. del nucleo familiare*, relativo ai redditi percepiti nell'anno _____, è pari ad

€ _____.

Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio richiesto, si impegna a compartecipare al costo del servizio stesso proporzionalmente al reddito ed alla relativa fascia di accesso nella misura e modalità disciplinate con delibera di Giunta Comunale.

ALLEGA alla presente

1) Attestazione ISEE del nucleo familiare relativo ai redditi percepiti nell'anno _____, comprensiva della dichiarazione sostitutiva unica delle condizioni economiche e patrimoniali (D.S.U.);
2) Verbali Commissioni Sanitarie (invalidità civile, Legge n. 104/1992 e verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ovvero idonea certificazione sanitaria rilasciato da strutture del SSN, ovvero autocertificazione attestante la domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile);
3) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;

AUTORIZZA

il Servizio Sociale del Comune di Ugento al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

_____ _____

(Luogo e data) (Firma)