

MODELLO DI DOMANDA DA PRESENTARE ENTRO IL

ALL'UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE DI

FACENTE PARTE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D1 AGRIGENTO

OGGETTO: RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

IL SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A

_____ IL _____ RESIDENTE IN _____

VIA _____ TEL. _____

OPPURE

IL QUALITÀ DI (INDICARE GRADO DI PARENTELA) _____

IN NOME E PER CONTO DEL/DELLA SIG./SIG.RA _____

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

TEL. _____

C H I E D O

L'AMMISSIONE ALLE PRESTAZIONI FORNITE DAL "SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI" PER UN INTERVENTO RELATIVO A:

- ✓ IGIENE E CURA DELLA PERSONA
- ✓ GOVERNO ED IGIENE DELL'ALLOGGIO
- ✓ PREPARAZIONE DI PASTI CALDI A DOMICILIO
- ✓ SERVIZIO DI LAVANDERIA A DOMICILIO
- ✓ DISBRIGO PRATICHE VARIE, QUALI AUTORIZZAZIONE PER RICHIESTE MEDICHE, ESENZIONI TICKET SU FARMACI ED ESAMI CLINICI, RICHIESTA CONTRIBUTI, COMMISSIONI VARIE.

A tal fine dichiaro:

1. di avere preso visione dell'avviso del servizio di Assistenza Domiciliare Anziani;
2. di essere consapevole, in particolare che il servizio viene erogato su valutazione dell'assistente sociale e che nel caso in cui il reddito posseduto superi il limite stabilito dalla normativa vigente per la gratuità è possibile usufruire, compartecipando al costo del servizio, pagando una quota che è proporzionale a reddito percepito, calcolata sulla base della documentazione prodotta. Il servizio è gratuito per gli anziani che non superano il limite stabilito annualmente per l'accesso gratuito al servizio.

3. Di impegnarsi a comunicare al Comune ogni evento che determini qualche variazione del diritto all'attribuzione del beneficio.

PER LA VALUTAZIONE E L'ACCOGLIMENTO DELLA RICHIESTA ALLEGO:

- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità della persona per cui si chiede il beneficio **(OBBLIGATORIO)**;
- Certificazione ISEE del nucleo familiare convivente con l'utente, anno 2021, relativa al reddito prodotto nell'anno 2020 **(OBBLIGATORIO)**;
- Certificato di invalidità civile (se riconosciuto invalido civile);
Attestazione di handicap, ai sensi della legge 104/92 (se riconosciuto invalido civile);
- ogni altra documentazione ritenuta utile per una corretta valutazione dei bisogni dell'utente;

DICHIARO, infine di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che il conferimento dei dati sopra richiesti è obbligatorio ai fini dell'avvio del procedimento in oggetto e a tal fine autorizza il trattamento dei dati personali per i fini istituzionali dell'Ente.

-----/____/____/2021

In fede

Allegare fotocopia di un documento valido di idoneità del firmatario