

ASSEGNO SERVIZI
(L.328/2000 – DPRS 4/11/02)

Per
SERVIZI DOMICILIARI

CONTRIBUTI per L'ACQUISTO di SERVIZI di ASSISTENZA DOMICILIARE da SOGGETTI ACCREDITATI

Oggetto: ISTANZA

**al Signor Sindaco del
Comune di Grammichele**

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

Prov. _____ residente in _____ via _____

CHIEDE

Di usufruire dell'erogazione di Assegni-Servizio per l'erogazione dell'Assistenza Domiciliare ai sensi della L. 328/00- Piano di Zona – Distretto S.S. n° 13, che utilizzerà a fronte di presentazioni erogate da Enti Fornitori Accreditati iscritti all'Albo Distrettuale dei Servizi Domiciliare.

A tal fine **dichiara** di richiedere il Servizio in qualità di Nucleo familiare di:

ANZIANO [] **DISABILE** [] **MINORE** []

Nonché:

Stato civile _____ Abitazione _____ Tel. _____

Per comunicazioni rivolgersi a _____

Dichiara altresì:

di avere già usufruito [] di avere presentato istanza [] di essere stato ammesso [] ai seguenti **servizi affini:**

[] Servizio Domiciliare tramite Assegno Servizi – P. di Z. – L. 328/2000;

[] Servizio Domiciliare tramite L.R. 16/86;

[] Servizio Scolastico tramite Assegno Servizi;

[] Bonus Socio Sanitario – Anno _____ periodo dal _____ al _____;

SITUAZIONE SANITARIA

ANZIANO AUTO-SUFFICIENTE []

Allega: [] **Certificato medico curante** [] **Altro** _____

ANZIANO NON AUTO-SUFFICIENTE []

Allega: [] **Verbale** Commissione invalidi Civili attestante l'**invalidità civile 100%** con indennità di **Accompagnamento.**

Per le situazioni di gravità recente
Per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni.

Allega: [] **Certificato di non autosufficienza** rilasciato dal medico di medicina generale completo di **scheda multi-dimensionale.**

DISABILE GRAVE

[]

Allega: [] **Verbale** Commissione invalidi Civili attestante l'**invalidità civile 100%** con indennità di **Accompagnamento;**

In alternativa

[] **certificazione** attestante la disabilità grave ai sensi **dell'art. 3, comma 3**, della legge n. 104/92;

Per le situazioni di gravità recente
Per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni.

Allega: [] Certificato del medico di medicina generale, attestante la **disabilità grave/non autosufficienza**, corredato dalla **copia dell'istanza** di riconoscimento della stessa ai sensi **dell'art. 3, comma 3**, della legge n. 104/92;

MINORE in condizione di disagio

[]

Allega: [] Provvedimento Autorità Competenti
[] Certificazione e/o Progetto Personalizzato Servizi Territoriali _____
[] Altro _____

SITUAZIONE ECONOMICA

Dichiarazione Sostitutiva Unica e Attestazione ISE – ISEE/Redditi 2013

ANZIANO AUTOSUFFICIENTE Attestazione ISEE € _____

ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE Attestazione ISEE € _____

DISABILE GRAVE (adulto o minore) Attestazione ISEE € _____

NUCLEO CON MINORE Attestazione ISEE € _____

SITUAZIONE FAMILIARE

Il richiedente vive solo [] con il coniuge [] con altri familiari []

Parenti residenti (cognome e nome)

Tipo di parentela _____ attività lavorativa _____

Indirizzo _____ Tel _____

Parenti residenti (cognome e nome)

Tipo di parentela _____ attività lavorativa _____

Indirizzo _____ Tel _____

Parenti residenti altrove (cognome e nome)

Tipo di parentela _____ attività lavorativa _____

Indirizzo _____ Tel _____

ABITAZIONE

La casa dove abita è: di proprietà in affitto

SERVIZI RICHIESTI

ANZIANI

Igiene e cura della persona

Aiuto domestico

Accompagnamento

Attività sociali

DISABILI

Igiene e cura della persona

Aiuto domestico

Accompagnamento

Attività sociali

MINORI

Igiene e cura della persona

Accompagnamento

Attività sociali

Attività recupero scolastico

Attività accompagnamento educativo

Ente Accreditato prescelto

Sede _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. Stato di famiglia integrale (o autocertificazione);
2. Certificato residenza storico (o autocertificazione);
3. dichiarazione sostitutiva unica completa di attestazione ISE ed ISEE;
4. Autocertificazione per redditi esenti ai fini IRPEF;
5. Certificazione Sanitaria come dal paragrafo "Situazione Sanitaria";
6. Copia documento di riconoscimento valido;
7. Copia Codice Fiscale.

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ via _____ N. _____

Valendomi della facoltà concessa, ed a conoscenza che in caso di mendaci dichiarazioni saranno applicate nei miei confronti le pene stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000),

dichiaro che il tutto risponde a verità;

dichiaro altresì, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Grammichele, li _____

IL DICHIARANTE/RICHEDENTE
