DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA

Al Sig. Sindaco
del Comune di
Locri

OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE.

Il/La sottoscritto/a_____nato/a_____

(_____) il____/_____/_____residente a_____( ) in via_____

_____n._____, Codice Fiscale n.ro / / / / / / / / / / / / / / /

telefono_____/_____

chiede l'ammissione al Servizio di Assistenza Sociale

□per se stesso/a □ per il/la Sig./ra _____

nato/a a_____il_____|_____|_____residente in

Locri (R.C.) alla Via_____n._____

Recapiti telefonici _____ Codice Fiscale _____

grado di parentela: marito/moglie/genitore/ suocero/a cognato/a altro *(specif)* _____

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 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

che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio *(barrare la casella interessata)*
□non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare;
□usufruisce di altri servizi di assistenza pubblici erogati da_____;
che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio ha l'età di_____anni (compiuti);
che il nucleo familiare del destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n._____persone;

che lo ***stato di salute*** del beneficiario è il seguente:
I□ persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92)
I□ persona portatore di handicap (art. 3, co. 1 legge 104/92)
I□persona invalida al 100% in attesa del riconoscimento di cui alla legge n. 104/92
I□altro (specificare) _____
_____

che la ***condizione familiare*** del beneficiario è la seguente:
I□persona disabile che vive sola e senza figli
I□ persona disabile che vive con coniuge e/o figlio e/o altro parente (con almeno un componente disabile)
I□ persona disabile che vive con i soli genitori
I□ persona disabile che vive con altri parenti prossimi (fratelli e sorelle, nipoti...)
I□ persona disabile che vive con genitori e altri parenti prossimi (fratelli e sorelle, nipoti...)_
I□altro (specificare) _____

ALLEGA alla presente

1) Attestazione ISE del nucleo familiare relativo ai redditi percepiti nell'anno 2013 IN ORIGINALE;
2) Certificazione sanitaria del Medico curante attestante la situazione sanitaria e di non autosufficienza
3)Verbali Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. n. 104/1992 e verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ovvero idonea certificazione sanitaria rilasciato da strutture del SSN);
4) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità e eventualmente del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;
5) Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti

AUTORIZZA

il Comune di Locri al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

_____ _____

(Luogo e data) (Firma leggibile)