



COMUNE DI TERRASINI

Città Metropolitana di Palermo

AREA 1^
POLITICHE SOCIALI

AL COMUNE DI TERRASINI
UFFICIO POLITICHE SOCIALI

OGGETTO: Assistenza domiciliare in favore di anziani.

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____ residente a Terrasini
In Via _____ n. _____ C.F. _____
Tel. _____ Cell _____
eventualmente in qualità di _____

CHIEDE

L'ammissione al servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE in favore di anziani

- per sè stesso/a
- per il/la sig./sig.ra _____
nato/a a _____ il _____ residente in
Terrasini in Via _____ n. _____ tel/cell. _____

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 speciale in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- Di avere preso visione dell'Avviso pubblico relativo al servizio in argomento;
- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio
- ha età di _____anni (compiuti);
- ha una invalidità del _____%;

- usufruisce di indennità di accompagnamento;
- non usufruisce di indennità di accompagnamento;
- fruisce di altri servizi di assistenza domiciliare erogati da _____
- non fruisce di altro servizio di assistenza erogato da enti diversi (ASP, Distretto, etc)
- non è assistito a tempo pieno o parziale da badanti

Che la situazione familiare del destinatario è la seguente:

- anziano solo non autosufficiente
- anziano con un familiare convivente non autosufficiente
- anziano con coniuge o figli o altri parenti conviventi
- anziano con figli residenti nel Comune
- anziano con figli non residenti nel Comune ma con parenti prossimi residenti (fratelli, sorelle, nipoti etc.)

- Che i seguenti componenti il nucleo familiare sono titolari di pensione di Invalidità o di altra indennità:

NOME E COGNOME _____	IMPORTO ANNUO € _____
NOME E COGNOME _____	IMPORTO ANNUO € _____
NOME E COGNOME _____	IMPORTO ANNUO € _____

SI IMPEGNA

a comunicare per iscritto all'ufficio Servizi Sociali ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce o sospensioni temporanee.

Allega alla presente:

- 1) Attestazione ISEE in corso di validità;
- 2) Certificazione del medico curante attestante la condizione di non autosufficienza con l'indicazione di eventuali patologie che consigliano il servizio di Assistenza Domiciliare;
- 3) Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore;
- 4) Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto per cui si richiede l'assistenza;
- 5) Fotocopia del permesso di soggiorno (solo per cittadini stranieri)
- 6) Altro.

Ai sensi del D.L. n. 196/2003 il/la sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali, contenuti nella domanda, e della documentazione alla stessa allegata per le finalità e le modalità previste dalla normativa vigente e per la loro comunicazione a soggetti e/o istituzioni coinvolte.

Firma
