

**OGGETTO: Aiuto domestico in favore di portatori di handicap.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a Terrasini in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel./Cell. \_\_\_\_\_ eventualmente in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'ammissione al servizio in favore di portatori di handicap grave

- 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 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- Di avere preso visione dell'Avviso pubblico relativo al servizio in argomento;
- Che il disabile non fruisce di altra assistenza domiciliare erogata da Enti Pubblici (ASP, Distretto, etc)

• Che il nucleo familiare è composto come di seguito:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

• 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 € _____ |

• Che Il disabile è privo della dovuta assistenza in quanto:

- Disabile unico componente non autosufficiente
- Disabile con familiare convivente non autosufficiente
- Disabile con familiare convivente ultra 75enne
- Disabile con familiare convivente anziano fino a 75 anni
- Disabile con uno o più familiari conviventi autosufficienti
- Presenza di parenti fino al 4° non autosufficienti residenti nel Comune di Terrasini
- Presenza di familiari fino al 4° autosufficienti residenti nel Comune di Terrasini

Si allega alla presente:

- ✓ Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore;
- ✓ Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto per cui si richiede l'assistenza;
- ✓ Copia certificazione attestante il riconoscimento dell'handicap grave ai sensi della legge 104/92, art. 3, commi 1 e/o comma 3;
- ✓ Modello I.S.E.E. in corso di validità;
- ✓ Fotocopia del permesso di soggiorno (solo per cittadini stranieri)
- ✓ Ogni altra certificazione sanitaria attestante le condizioni dei familiari del richiedente.

Ai sensi del D.L. n. 196/2003 il/la sottoscritto/a 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

---