

All'Ufficio Servizi Sociali del Comune di
Sant'Egidio Monte Albino

MODULO RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

Residente in Sant'Egidio del Monte Albino alla via _____ n. _____

C.F. _____ Tel ____/____/____

PER SE STESSO

PER IL SIG./LA SIG.RA _____

nato/a a _____ il ____/____/____

Residente in Sant'Egidio del Monte Albino alla via _____ n. _____

C.F. _____ Tel ____/____/____

di poter usufruire del servizio di assistenza domiciliare in quanto appartenente ad una delle seguenti condizioni:

- ANZIANO ULTRASESSANTACINQUENNE A RISCHI FRAGILITÀ;
- ANZIANO FRAGILE SOLO PRIVO DI UNA RETE FAMILIARE;
- ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI);
- ANZIANO PARZIALMENTE NON AUTOSUFFICIENTE;
- DISABILI IN CONDIZIONI DI GRAVITÀ DI ETÀ INFERIORE A 65 ANNI;
- DISABILE CON INVALIDITÀ'.....(INDICARE LA PERCENTUALE);

A tal fine si allega alla presente

1. fotocopia di un documento di identità in corso di validità del richiedente, (nel caso in cui la richiesta venga effettuata da delegato, allegare documento di identità di entrambi i richiedenti in corso di validità);
2. fotocopia del codice fiscale, (nel caso in cui la richiesta venga effettuata da delegato, allegare documento di identità di entrambi i richiedenti in corso di validità);
3. attestazione ISEE emessa in data successiva al 15/01/2017 (riferita ai redditi 2016);
4. Certificazione di invalidità rilasciatoo dalla competente commissione ASL;

La presente sottoscrizione vale anche per accettazione del Regolamento di accesso alle prestazioni assistenziali, per autorizzazione al trattamento dei dati personali, per assunzione di responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci e come impegno a comunicare ogni cambiamento che dovesse comportare variazioni nel diritto al beneficio dell'assistenza domiciliare.

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 della D. Lgs. 196/2003, ai sensi dell'art. 23 della legge stessa conferisce il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali.

Sant'Egidio del Monte Albino _____

Firma

- ANZIANO ULTRASessantacinquenne a rischio fragilità
- ANZIANO FRAGILE SOLO PRIVO DI UNA RETE FAMILIARE
- ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
- ANZIANO PARzialmente NON AUTOSUFFICIENTE
- DISABILE IN CONDIZIONI DI GRAVITÀ DI ETÀ INFERIORE A 65 ANNI
- DISABILE CON INVALIDITÀ (INDICARE LA PERCENTUALE)