|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Comune di****Villa San Pietro**Provincia di Cagliari | **Piazza San Pietro, 6****09010 Villa San Pietro (CA)**C.F. 00492250923Tel. 07090770104 Fax 070907419**sito**: www.comune.villasanpietro.ca.it**e-mail**: servizi.sociali@comune.villasanpietro.ca.it**pec:** servizisociali@comunevillasanpietro.postecert.it |

|  |  |
| --- | --- |
| **AREA SOCIO-ASSISTENZIALE, PUBBLICA ISTRUZIONE E CULTURA** | **Protocollo** |
| **Ufficio SERVIZI SOCIALI** | **n.**  |  | **del**  |  |
|  |

**OGGETTO: MODULO DOMANDA SERVIO DI ASSISTENZA DOMICILARE ANZIANI E DISABILI.**

**Al Sindaco del Comune di**

**VILLASAN PIETRO**

**Piazza San Pietro, 6**

**VILLA SAN PIETRO**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_domiciliato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

* per se
* In favore del/della sig./sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice

Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

1. Che la famiglia anagrafica del beneficiario risulta così composta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Rapporto di parentela** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Che la situazione reddituale relativa alla situazione economica dell'anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del

nucleo familiare è la seguente €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. Di essere informato sulla condizione che stabilisce, in caso di mancata presentazione della

certificazione reddituale, l'applicazione della quota massima di contribuzione prevista a carico del beneficiario dell'intervento, pari al 100% del costo del servizio.

1. Di usufruire delle seguenti indennità e/o servizi:
* Indennità di accompagnamento
* Progetto individualizzato L. 162/98
* Progetto “Ritornare a casa”
* Progetto terapeutico L.R. 20/97
* Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Di avere necessità delle seguenti forme di assistenza:
* Igiene della persona
* Igiene ambientale
* Somministrazione pasti
* Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Di aver necessità che tale servizio sia espletato con il seguente orario e nelle seguenti modalità:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Che i dati relativi al **Medico di Base** del destinatario dell'intervento sono i seguenti:

Nominativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indirizzo ambulatorio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa di cui all’art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003.**

I Dati forniti sono utilizzati esclusivamente per le finalità strettamente connesse all’attività dell’ente locale ed in particolare per lo svolgimento del presente procedimento. La conservazione dei dati avviene tramite archivi cartacei e/o informatici (ufficio Servizi Sociali). I cittadini possono esercitare i diritti previsti dagli artt. 7 e 8 del D. Lgs. N. 196/2003

Villa San Pietro li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

----------------------------------------------------------

La firma deve essere apposta **alla presenza del funzionario** ricevente la dichiarazione, ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d’identità del dichiarante, all’ufficio competente via fax o a mezzo posta.

**Allega alla presente:**

- Copia documento d’identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente qualora diverso;

*-* Dichiarazione dei redditi di ogni componente del nucleo familiare;

*-* Copia del certificato che attesti l'handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 o copia del verbale rilasciato dalla Commissione Medica per l'accertamento dell'Invalidità Civile che attesti la condizione di non autosufficienza;

*-* Copia, se in possesso, di documentazione sanitaria recente attestante la patologia e le condizioni psico-fisiche in cui la persona si trova;

- Qualsiasi certificazione utile ai fini della richiesta.