DOMANDA AVVISO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE AD ANZIANI E DISABILI NON AUTOSUFFICIENTI

Al Comune di
_____

Il/la sottoscritto/a_____, nato/a a_____Prov._____

il_____, residente a_____(CZ)via_____n.___CAP_____

CHIEDE

di usufruire dei servizi di assistenza domiciliare, relativamente all'intervento (barrare la casella d'interesse) :

□ INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICENTI;

□ PIANI INDIVIDUALI D'ASSISTENZA;

□ ADI ANZIANI;

□ ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI

a tal fine

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti requisiti (barrare la casella corrispondente):

Età:

- ☐ Anni da 65 ai 75
- ☐ Anni da 76 ad 80
- ☐ Anni da 81 a 85
- ☐ Anni da 86 a 90
- ☐ Anni oltre 91

Reddito:

- ☐ ISEE riferito all'intero nucleo familiare inferiore ad € 5.000,00
- ☐ ISEE riferito all'intero nucleo familiare compreso tra € 5.000,01 e € 7.500,00
- ☐ ISEE riferito all'intero nucleo familiare compreso tra € 7.500,01 e € 10.000,00
- ☐ ISEE riferito all'intero nucleo familiare compreso tra € 10.000,01 e € 15.000,00
- ☐ ISEE riferito all'intero nucleo familiare oltre € 15.000,01

Situazione familiare:

- ☐ Anziano/a solo/a senza figli e non titolare di assegno di accompagnamento

- ☐ Anziano/a solo/a senza figli e titolare di assegno di accompagnamento
- ☐ Anziano/a solo/a con figli residenti fuori Comune non titolare di assegno di accompagnamento
- ☐ Anziano/a solo/a con figli residenti fuori Comune titolare di assegno di accompagnamento (anche se uno solo dei coniugi)
- ☐ Coppia di anziani senza figli non titolare entrambi di assegno di accompagnamento
- ☐ Coppia di anziani senza figli e titolare di assegno di accompagnamento
- ☐ Coppia di anziani con figli residenti fuori comune
- ☐ Anziani conviventi con nucleo parenterale
- ☐ Anziani con presenza di figli o altro parente nello stato di famiglia

Invalidità:

- ☐ Invalidità al 100% senza accompagnamento e/o con stato handicap grave
- ☐ Invalidità superiore all'80 %
- ☐ Invalidità inferiore all'80% e/o con possesso 104/92
- ☐ Invalidità al 100% con accompagnamento

NOTE:_____
_____

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- Modello ISEE;
- Certificazione attestante le patologie esistenti ed invalidità;
- Dichiarazione relativa alla propria situazione familiare.
- copia del documento di identità o altro documento di riconoscimento equipollente secondo la normativa vigente , in corso di validità.

Addì _____

FIRMA