



## Allegato 1

Al Settore Servizi Sociali  
del Comune di \_\_\_\_\_

### **OGGETTO: Domanda per il Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani (Rif. Avviso Azione 3 Piano di Zona 2018/2019)**

Il/La sottoscritto/a (Nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via/Piazza \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Eventuale mail \_\_\_\_\_

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, oltre che delle conseguenze amministrative, sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

1. Di aver preso visione dell'Avviso di cui in oggetto e di accettarne tutte le condizioni in essi contenute, senza riserva alcuna;
2. Che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato la medesima istanza sull'avviso in oggetto;
3. Di possedere i seguenti requisiti di ammissibilità per la richiesta del servizio di assistenza domiciliare:
  - essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
  - avere un'età non inferiore ai 65 anni, con ridotte capacità di autonomia e/o scarsa capacità organizzativa rispetto alla gestione e cura della propria persona;
  - vivere da solo o con un anziano di età non inferiore a 65 anni, o con un portatore di handicap;
  - non percepire indennità e/o altre prestazioni assistenziali;
4. di avere un ISEE in corso di validità pari ad euro \_\_\_\_\_;
5. di avere il seguente stato di convivenza personale (barrare la casella in cui ricade il proprio status):

<b>Familiari di chi richiede l'assistenza domiciliare</b>	<b>Barrare con un X la propria posizione personale nelle caselle pertinenti</b>
Figli residenti nello stesso Comune	
Figli residenti altrove	
Coniuge convivente e autosufficiente	
Coniuge convivente ma non autosufficiente (dimostrabile con certificazione di invalidità INPS)	
Senza figli	
Assenza di coniuge convivente	
Punteggio max attribuibile	

**6. Di avere il seguente grado di invalidità (NO LEGGE 104/92)**

<b>Grado di invalidità</b>	<b>Barrare con un X la casella in cui ricade il proprio grado di invalidità</b>
Autosufficiente	
Invalidità da 1 al 50%	
Invalidità da 51 al 74%	
Invalidità da 75 al 90%	
Invalidità dal 91 al 100%	
L'invalidità sarà riconosciuta solo se avallata da certificazioni INPS	

**7. In merito alla presenza di sussidi pubblici e/o servizi assistenziali all'interno del proprio nucleo familiare, il sottoscritto/a attesta che:**

<b>Attestazione presenza o meno di sussidi pubblici all'interno del nucleo familiare</b>	<b>Barrare con un X la casella in cui ricade la propria situazione personale in merito all'esistenza di sussidi pubblici</b>
Presenza nel nucleo familiare del richiedente di sussidi pubblici di qualsiasi tipo (invalidità ecc..)	
Assenza nel nucleo familiare del richiedente di sussidi pubblici di qualsiasi tipo (invalidità ecc..)	

**Il sottoscritto/a inoltre dichiara espressamente di accettare le previsioni dell'art 8 dell'Avviso (tutela della privacy) e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali ai fini della procedura inerente l'avviso in oggetto.**

Allegati alla presente istanza:

- 1) ISEE in corso di validità;
- 2) Eventuale certificazione Inps attestante la percentuale di invalidità;
- 3) Fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Data e luogo

Firma richiedente