



Allegato 1

Al Settore Servizi Sociali
del Comune di MAZZARINO

OGGETTO: Domanda per il Servizio di Assistenza Domiciliare(ADA) in favore di anziani ultra 65enni parzialmente non autosufficienti (Rif. Avviso Azione 3 Piano di Zona 2019/2020)

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):

Familiari di chi richiede l'assistenza domiciliare	Barrare con un X la propria posizione personale nelle caselle pertinenti
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)

Grado di invalidità	Barrare con un X la casella in cui ricade il proprio grado di invalidità
Autosufficiente	
Invalità da 1 al 50%	
Invalità da 51 al 74%	
Invalità da 75 al 90%	
Invalità 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:

Attestazione presenza o meno di sussidi pubblici all'interno del nucleo familiare	Barrare con un X la casella in cui ricade la propria situazione personale in merito all'esistenza di sussidi pubblici
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