

OGGETTO: RICHIESTA ACCESSO PRESTAZIONI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/a sottoscritto/a _____ residente a _____
in via/piazza _____ n° _____ telefono n.: _____
nato/a a _____ provincia _____ il _____
residente domiciliato in via/piazza _____ n° _____
telefono n.: _____ tessera sanitaria n° I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I
C.F. I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I medico di famiglia Dott. _____
in possesso di Carta Permesso di Soggiorno n. _____ (scadenza il _____)

CHIEDE

a codesta Amministrazione di poter usufruire delle seguenti prestazioni di Assistenza Domiciliare, secondo quanto previsto dai regolamenti comunali vigenti:

<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare	<input type="checkbox"/> servizio di trasporto
<input type="checkbox"/> pasti a domicilio	<input type="checkbox"/> ALTRO

A tale scopo ai sensi delle leggi 4 gennaio 1968 n. 15, 15 maggio 1997 n. 127 e 16 giugno 1998 n. 191, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti dalle attestazioni false o incomplete,

DICHIARA CHE:

1. il nucleo di stabile convivenza della persona suddetta è così composto:

Cognome e Nome	Grado di Parentela	Nato/a il	Stato di occupazione

2. altri familiari non conviventi sono:

Cognome e Nome	Gr. Par.	Nato/a il	Residente a	Occupazione

3. relativamente alla propria contribuzione al servizio richiesto:

- di rinunciare alla presentazione della dichiarazione ISEE per la richiesta di prestazioni agevolate e di accettare la compartecipazione al 100% della spesa;

(oppure, in alternativa)

di chiedere la valutazione della situazione familiare, economica e patrimoniale, al fine della determinazione di una tariffa ridotta per il pagamento delle prestazioni. A tal fine, dichiara:

3.1. Che l'I.S.E. di riferimento del nucleo familiare, riferito ai redditi dell'anno _____ è:

ISE NUCLEO FAMILIARE	Scala equivalenza	ISEE

3.2. Che il nucleo familiare del richiedente ha percepito nel medesimo anno di riferimento della certificazione ISEE, i seguenti ulteriori proventi (**indicare solo i proventi della/e persona/e prese in carico dal SAD**):

Pensione/assegno sociale	SI	NO	Se SI pari a valore annuo €I__I__I__I__I__I, __I__I
Indennità accompagnamento	SI	NO	Se SI pari a valore annuo €I__I__I__I__I__I, __I__I
Rendita vitalizia INAIL, pensioni di guerra e indennità corrisposte ai ciechi, sordomuti ed invalidi civili	SI	NO	Se SI pari a valore annuo €I__I__I__I__I__I, __I__I
Assegni percepiti dal coniuge per mantenimento dei figli	SI	NO	Se SI pari a valore annuo €I__I__I__I__I__I, __I__I
Contributi pubblici (comunali, provinciali, regionali, statali...)	SI	NO	Se SI pari a valore annuo €I__I__I__I__I__I, __I__I
Pensione estera non conteggiata nell'IRPEF	SI	NO	Se SI pari a valore annuo €I__I__I__I__I__I, __I__I
Totale			I__I__I__I__I__I, __I__I

Persona di riferimento

Cognome e nome _____ relazione _____
residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
Cap. _____ telefono _____ cell. _____

Dichiara che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono a verità e che non sono stati omessi dati importanti.

Dichiara che, in applicazione degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sono stato avvertito e sono consapevole della responsabilità penale prevista dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, cui vado incontro in caso di dichiarazioni false ed incomplete e di uso di atti falsi e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Si impegna inoltre a comunicare immediatamente ogni variazione delle situazioni che sono state determinanti per la quantificazione della quota di contribuzione personale al servizio ed in particolare quelle attinenti alla situazione economica ed alla composizione del nucleo familiare.

Autorizza codesto Ente ad effettuare presso le sedi competenti controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati forniti. In caso di opposizione ai suddetti controlli le prestazioni non potranno essere concesse. L'Ente può effettuare eventuali controlli anche presso gli istituti di credito o altri intermediari finanziari.

Allega alla presente la seguente documentazione relativa ai componenti del nucleo familiare:

- Attestazione e dichiarazione I.S.E.E. (Indicatore della situazione economica equivalente) in corso di validità;
- Eventuale documentazione attestante le entrate dichiarate nella tabella del punto 3.2);
- Copia di certificazioni di invalidità;
- Certificato relativo alla presenza di allergie alimentari o la necessità di diete particolari;

- Eventuali altri documenti comprovanti la situazione di bisogno e/o ritenuti idonei al fine di esprimere una valutazione sulla reale ed effettiva necessità di un intervento sociale: _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D. Lgs. 196/2003):

I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione del servizio, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della normativa di cui alla D. Lgs. 196/2003.

All'utente competono i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco. Ai sensi della L. 31.12.1996, n. 675 e successive modifiche ed integrazioni, ivi compreso il Codice della Privacy (D. Lgs. n. 196/2003), il/la sottoscritto/a previamente informato/a dal personale del Comune (art. 10), dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'articolo 22 della legge citata e specificatamente nei "dati personali idonei a rivelare lo stato di salute", acconsente al trattamento dei dati personali relativi alla presente pratica:

- propri
 della persona per la quale si è presentata domanda.

Data, _____

Firma _____

Se il richiedente è impossibilitato ad esprimere il bisogno:

La su estesa domanda e dichiarazione è stata resa dal sottoscritto in qualità di _____, **in nome e per conto** del richiedente impossibilitato ad esprimere il bisogno, avendone ottenuto il consenso informato.

Cognome e Nome _____ nato il ___/___/___ a
_____ Residente a _____ in Via
_____ n. _____ Prov. _____ Telefono _____

Conegliano, ___/___/___

Firma

Annotazione estremi documento di identità _____

Firma apposta dal dichiarante in presenza di _____

Allegata copia del documento di identità _____

IL Funzionario

(firma leggibile)