**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER DISABILI**

**Al Sig. Sindaco**

**Al Resp. Servizi Sociali**

**COMUNE DI Cirò Marina (KR)**

**OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER DISABILI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_ ) in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, Codice Fiscale n.ro \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede l’ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare**

ı per se stesso/a ı per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_ residente in

Cirò Marina (KR) alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Grado di parentela: ımarito/moglieı genitore ı suocero/a ı cognato/aı altro *(specif)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole del fatto che gli atti falsi

e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

che il destinatario per cui si chiede l’ammissione al servizio *(barrare la casella interessata)*

ınon usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare;

ıusufruisce di altri servizi di assistenza pubblici erogati da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

ıche il destinatario per cui si chiede l’ammissione al servizio ha l’età di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anni (compiuti);

ı che il nucleo familiare del destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n.\_\_\_\_\_\_\_ persone;

che lo ***stato di salute*** del beneficiario è il seguente:

* persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92)
* persona portatore di handicap (art. 3, co. 1 legge 104/92)
* persona invalida al 100% in attesa del riconoscimento di cui alla legge n. 104/92
* altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

che la ***condizione familiare*** del beneficiario è la seguente:

* persona disabile che vive sola e senza figli
* persona disabile che vive con coniuge e/o figlio e/o altro parente (con almeno un componente disabile)
* persona disabile che vive con i soli genitori
* persona disabile che vive con altri parenti prossimi (fratelli e sorelle, nipoti...)
* persona disabile che vive con genitori e altri parenti prossimi (fratelli e sorelle, nipoti...)\_
* altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGA alla presente**

1) Attestazione ISE del nucleo familiare relativo ai redditi percepiti nell’anno 2011;

2) Certificazione sanitaria del Medico curante attestante la situazione sanitaria e di non autosufficienza

3)Verbali Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. n. 104/1992 e verbale di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento

ovvero idonea certificazione sanitaria rilasciato da strutture del SSN);

4) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità e eventualmente del soggetto per il quale si richiede l’assistenza;

5) Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti

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

**AUTORIZZA**

il Comune di Cirò Marina al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l’espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs.196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell’Avviso pubblico.

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

(Luogo e data) (Firma leggibile)