Al Comune di Mistretta

info@pec.comune.mistretta.me.it

Oggetto: ***Assistenza Domiciliare Anziani*** *(Assistenza domiciliare socio assistenziale e servizi di prossimità)*

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/_____

residente a _____ in Via _____ n. ____

Codice Fiscale																

Email PEC _____ @_____

PEC _____ @_____

Recapito telefonico _____

CHIEDE

☐ per sé stesso

☐ per _____

nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/_____

residente a _____ in Via _____ n. ____

Codice Fiscale																

Email PEC _____ @_____

PEC _____ @_____

Recapito telefonico _____

l'ammissione al/i seguente/i servizio/i:

☐ ***Aiuto Domestico.***

☐ ***Disbrigo pratiche, sostegno morale e psicologico***

☐ ***Igiene e cura della persona***

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il beneficiario ☐ è ☐ non è percettore dell'assegno di inclusione (ADI)
- che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) del nucleo familiare anagrafico di appartenenza del destinatario del servizio è pari a €. _____
- di essere consapevole che la compartecipazione alla spesa, ovvero l'esonero dal pagamento del
- servizio, viene definito dall'Amministrazione Comunale sulla base del valore ISEE calcolato secondo quanto previsto nel D.A. 867/S7 del 15.04.2003 e in conformità alle disposizioni regionali;
- di essere a conoscenza che possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.
- Di non usufruire di servizi e/o benefici analoghi, erogati dell'ente o da altri enti Pubblici

Allega alla presente, come parte integrante:

- modello "A" Composizione Nucleo anagrafico del beneficiario del servizio, debitamente compilato ogni sua parte;
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario;
- attestazione ISEE in corso di validità completa della dichiarazione sostitutiva unica (DSU) riportante la situazione economica dell'intero nucleo familiare del beneficiario;
- certificato medico rilasciato dal medico di famiglia, nel quale si attesti lo stato di "ridotta autosufficienza" dell'anziano;
- ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della ammissione al servizio.

INDIVIDUA

per l'erogazione del servizio il seguente ente .....
iscritto al registro distrettuale alle sezioni Anziani e /o Disabili (scrivere l'ente tra quelli sotto elencati)

Ente:
Anchise Soc. Coop. Sociale ARL
Società Cooperativa "Global Servizi"
Società Cooperativa "Nuovi Orizzonti"
Società Cooperative "Amanthea"
"Iside" Società Cooperativa Sociale
Associazione "Ialite"
Centro Studi Aurora ETS
Società Cooperativa "L'Arca Onlus"
Cooperativa Sociale "Nuova Generazione"
Cooperativa Sociale "Coo.ser"

I dati acquisiti, con la presente domanda, compresi quelli sensibili, saranno trattati e conservati dall'Amministrazione Comunale di Mistretta nel rispetto del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, per il periodo necessario allo sviluppo dell'attività amministrativa correlata.
La raccolta è obbligatoria per la fase istruttoria dei procedimenti di ammissione al servizio di assistenza domiciliare, in assenza di essi il provvedimento finale non potrà essere emanato.
L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.
Titolare dei dati è il Comune di Mistretta.

....., lì _____

_____
(Firma leggibile del dichiarante)

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, *esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente* dichiarazione viene resa.

..... lì .....

_____
(Firma leggibile del dichiarante)

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino **sarà denunciato all'autorità giudiziaria**.

Modello A

Composizione Nucleo anagrafico del beneficiario del servizio,

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/_____

residente a _____ in Via _____ n. ____

Codice Fiscale																

Email PEC _____ @_____

PEC _____ @_____

Recapito telefonico _____

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

che il nucleo familiare del Beneficiario del Servizio è così composto (compreso il Beneficiario)

	Cognome	**Nome**	**Data di nascita**	**Grado parentela**	**Condizioni di salute** A. Autosufficiente B. Parzialmente sufficiente C. Non auto sufficiente Indicare la lettera corrispondente	**Condizione lavorativa** A. Occupato B. Disoccupato Indicare la lettera corrispondente
1				**Beneficiario**		
2						
3						
4						
5						
6						
7						