

AL COMUNE DI CANICATTI'

All'Ufficio Servizi Sociali e Sanitari

AIUTO DOMESTICO AD ANZIANI E DIVERSAMENTE ABILI

Il/La sottoscritta _____

(in qualità di _____) nat_ a _____ il _____

residente in Canicattì in via _____ n° _____

tel. _____

CHIEDE

Di beneficiare del seguente servizio:

■ **Aiuto Domestico ad Anziani e Diversamente Abili**

Per il/la Sig. _____ nat _____ a _____

il _____ residente in Canicattì in via _____

tel. _____

Allega alla presente:

- **Certificazione reddituale - ISEE** del nucleo familiare con indicatore **non superiore ad € 7.000,00**, riferito al periodo d'imposta 2013;(alla determinazione dello stesso indicatore concorrono tutti i componenti del nucleo familiare ai sensi delle disposizioni vigenti in materia);
- **Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità**, inoltre:

PER GLI ANZIANI

- Certificazione rilasciata dal medico curante attestante il grado di non autosufficienza.

oppure

- Adeguata certificazione medico sanitaria, rilasciata dalla Commissione Provinciale Ufficio-invalidi Civili:

PER I DIVERSAMENTE ABILI

- Certificazione attestante la disabilità ai sensi dell'art.3 Legge n.104/1992:

Il/La sottoscritt_ esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto della legge 196/2003 e successivi aggiornamenti, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data _____

Firma

Il/la sottoscritto/a **DICHIARA** consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art.47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000:

- di non essere ricoverato presso strutture residenziali e semiresidenziali;
- di essere ricoverato presso strutture residenziali e semiresidenziali;
- di non convivere con un familiare e/o badante ad eccezione del coniuge;
- di convivere con un familiare e/o badante ad eccezione del coniuge;
- di non aver avuto il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- di aver avuto il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- di non essere inserito nella graduatoria dei beneficiari del Bonus Socio –Sanitario – anno 2014;
- di essere inserito nella graduatoria dei beneficiari del Bonus Socio –Sanitario – anno 2014;
- di non usufruire contemporaneamente dell'erogazione della medesima tipologia di servizio;
- di usufruire contemporaneamente dell'erogazione della medesima tipologia di servizio.

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare è composto da:

N.	COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Canicattì lì _____

Firma
