

c) che lo stato di salute del beneficiario è il seguente:

- persona con handicap grave allettato o in carrozzella
 persona con coniuge entrambi con handicap grave allettati e/o in carrozzella
 persona con handicap grave allettato o in carrozzella con coniuge
 persona con handicap di media gravità
 persona con coniuge entrambi con handicap di media gravità
 persona con handicap di media gravità con coniuge
 persona invalida al 100% in attesa del riconoscimento di cui alla legge n. 104/92

d) che il valore I.S.E.E. ordinario 2017 del nucleo familiare è pari ad € _____;

e) che il valore I.S.E.E. RISTRETTO 2017 è pari ad € _____;

f) MMG/PLS dell'Utente:**Dr.****Tel.****Studio medico, Via****Città****Altro Medico Proponente:****Cognome e Nome:****Struttura di appartenenza:****Tel./Cell.****Fax**

Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio richiesto, si impegna a compartecipare al costo del servizio stesso proporzionalmente al reddito ed alla relativa fascia di accesso nella misura e modalità disciplinata dall' art. 11 del "Disciplinare del Servizio di Assistenza Domiciliare" approvato dal Coordinamento Istituzionale nella seduta dell' 19.02.2014.

ALLEGA alla presente

- 1) Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000;
- 2) Attestazione ISEE ordinario 2017 del nucleo familiare o ISEE RISTRETTO in corso di validità;
- 3) Verbali Commissioni Sanitarie (Invalidità civile, L. n. 104/1992), idonea certificazione sanitaria rilasciata dal MMG e/o da strutture del SSN attestanti il grado di non autosufficienza, autocertificazione attestante la presentazione della domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile;
- 4) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- 5) Altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (specificare):

AUTORIZZA

il Servizio Sociale del Comune di _____ e il Servizio Sociale dell'Ambito Territoriale di Gagliano del Capo al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

(Luogo e data)_____
(Firma)