#  Comune di Ugento


##  Provincia di Lecce

 \*\*\*\*\*

**UFFICIO SERVIZIO SOCIALE**

**Al Comune di Ugento**

**Ufficio Servizi Sociali**

**Oggetto: Richiesta ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare per Anziani (S.A.D.)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_ ) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, Codice Fiscale n.ro \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di parente o affine[[1]](#footnote-1) (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( \_\_ ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( \_\_ ) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ ,

**CHIEDE**

􀂅 di essere ammesso

􀂅 che il proprio congiunto sia ammesso,

a fruire del Servizio di Assistenza Domiciliare a favore di persone anziane, secondo i criteri indicati nell’Avviso Pubblico del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Comune diUgento.

 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 della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e 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**

1. **che il destinatario del beneficio richiesto ha l’età di**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(anni compiuti);
2. **che il proprio nucleo familiare, compreso il sottoscritto, è così composto**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Cognome e Nome | **data di nascita** | **Luogo di nascita** | **Relazione parentela** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

❒ anziano non autosufficiente o invalido che vive solo

❒ anziano non autosufficiente o invalido con coniuge non autosufficiente o invalido

❒ anziano non autosufficiente o invalido con coniuge

* anziano che vive solo autosufficiente
* anziano con coniuge autosufficienti
* anziano non autosufficiente o invalido che vive in un nucleo familiare allargato

❒ anziano autosufficiente che vive in un nucleo familiare allargato

❒ altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**d) che il *valore I.S.E.E. del nucleo familiare*, relativo ai redditi percepiti nell’anno \_\_\_\_\_, è pari ad**

**€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

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 disciplinate dal Contratto per l’affidamento del servizio di Assistenza Domiciliare per gli Anziani, approvato con determinazione n. 184 del 20/02/2013.

**ALLEGA alla presente**

1. Attestazione ISEE del nucleo familiare relativo ai redditi percepiti nell’anno \_\_\_\_\_\_, comprensiva della dichiarazione sostitutiva unica delle condizioni economiche e patrimoniali (D.S.U.);
2. Verbali Commissioni Sanitarie (invalidità civile, Legge n. 104/1992 e verbale di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento ovvero idonea certificazione sanitaria rilasciato da strutture del SSN, ovvero autocertificazione attestante la domanda per il riconoscimento dell’invalidità civile);
3. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;

**AUTORIZZA**

il Servizio Sociale del Comune di Ugento 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)

1. [↑](#footnote-ref-1)