



AMBITO DI ZONA DI GALLIPOLI

Comuni di

Gallipoli, Alezio, Alliste, Melissano, Racale, Sannicola, Taviano, Tuglie



SERVIZIO DI
SEGRETARIATO SOCIALE L. 328/00-PUA



**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE
DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

**All'Ufficio di Piano dell'Ambito
Territoriale Sociale di
GALLIPOLI**

**Per il tramite del Servizio di Segretariato Sociale
Presso il Comune di**

Oggetto: Servizio di Assistenza domiciliare sociale per persone anziane (SAD). Richiesta di ammissione.

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

nato/a a _____ () il _____

residente a _____ () in Via _____ n. _____

domiciliato/a a _____ () in Via _____ n. _____

Codice fiscale _____

tel. _____ cell. _____

CHIEDE

per se stesso

per il coniuge/parente _____ nato a _____ ()

il _____, residente a _____ ()

in Via _____ n. _____ Codice Fiscale _____

di usufruire del servizio di assistenza domiciliare (SAD) per persone anziane over 65



AMBITO DI ZONA DI GALLIPOLI
Comuni di

Gallipoli, Alezio, Alliste, Melissano, Racale, Sannicola, Taviano, Tuglie



SERVIZIO DI
SEGRETARIATO SOCIALE L.328/00-PUA



A tal fine **DICHIARA** sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000) , con riferimento alla persona beneficiaria della prestazione sociale , quanto segue:

assenza di aiuti parentali (mancanza totale di parenti tenuti all'assistenza o in grado di provvedere per motivi oggettivi) specificare _____

difficoltà nell'aiuto parentale (presenza all'interno della famiglia anagrafica di anziani, di minori, di altri disabili, e di adulti impossibilitati a garantire, per ragioni oggettive, l'assistenza adeguata: specificare _____

richiedente portatore di handicap in situazione di gravità (art.3 Legge104/92);

Dichiara, altresì, che il reddito familiare ISEE (relativo all'ultimo reddito certificabile ai sensi della vigente normativa), è pari ad € _____

Si attesta che i redditi non soggetti ad IRPEF e non dichiarati nell'ISEE sono pari ad € _____
annui (pensioni invalidi civili, assegno di accompagnamento, rendita INAIL, ecc)

II/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio richiesto, dichiara di essere a conoscenza che possono essere eseguiti dei controlli nei suoi confronti e del suo nucleo familiare diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, da confrontarsi con i dati del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

II/La sottoscritta, in caso di ammissione al servizio richiesto, dichiara di essere a conoscenza che dovrà essere corrisposta una quota di compartecipazione al costo del servizio che verrà calcolata tenendo conto dell'Indicatore della Situazione Socio Economica Equivalente (ISEE) del nucleo familiare del richiedente.

La sig.ra / il sig. _____



AMBITO DI ZONA DI GALLIPOLI

Comuni di

Gallipoli, Alezio, Alliste, Melissano, Racale, Sannicola, Taviano, Tuglie



SERVIZIO DI
SEGRETARIATO SOCIALE L.328/00-PUA



Autorizza l'Ufficio di Piano al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del contributo economico in parola, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

Allega:

- stato di famiglia del nucleo familiare interessato;
- verbali delle Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. n. 104/1992) ovvero idonea certificazione sanitaria rilasciato da strutture del SSN;
- certificato ISEE del nucleo familiare di data non anteriore ad un semestre dalla data di pubblicazione del presente Avviso o comunque in corso di validità.

Data _____

Firma
