

Oggetto: Richiesta Assistenza Domiciliare

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a.....il.....
residente in.....provincia di.....
Via/Piazza.....C.A.P.....Tel.....
in qualità di.....

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di assistenza domiciliare per il sottoelencato intervento socio - assistenziale:

(barrare con la X la voce che interessa)

- CURA DELLA PERSONA
- PULIZIA AMBIENTE
- COMPAGNIA
- COMMISSIONI DOMESTICHE
- TELESOCCORSO

Per il seguente motivo:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA

Ai sensi della Legge 04.01.1968 n. 15 e successive modificazioni (Legge 15 maggio 1997, n. 127; Legge 16 giugno n. 191 e Regolamento di attuazione di cui al D.P.R. 20 ottobre 1998 n. 403), articolo 2 "Dichiarazioni sostitutive di certificazioni", art. 4 "Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà", sotto la propria personale responsabilità, consapevole che le false dichiarazioni sono punite ai sensi della legge penale (art. 26 "Sanzioni penali" Legge n. 15/1968), quanto segue:

1. Di essere titolare della pensione: (barrare con una X la voce che interessa)

- | | | | |
|--------------------------|--|------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | INPS Categoria_____ | dell'importo di €_____ | mensili |
| <input type="checkbox"/> | VITALIZIO | dell'importo di €_____ | mensili |
| <input type="checkbox"/> | PENSIONE ESTERA | dell'importo di €_____ | mensili |
| <input type="checkbox"/> | RENDITA INAIL | dell'importo di €_____ | mensili |
| <input type="checkbox"/> | INVALIDITA' CIVILE | dell'importo di €_____ | mensili |
| <input type="checkbox"/> | ASSEGNO O INDENNITA'
DI ACCOMPAGNAMENTO | dell'importo di €_____ | mensili |
| <input type="checkbox"/> | ALTRO: (specificare tipo)
_____ | dell'importo di €_____ | mensili |

2. Di beneficiare dei seguenti altri redditi: (barrare con una X la voce che interessa)

- | | | | |
|--------------------------|--|------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | DA LAVORO | dell'importo di €_____ | mensili |
| <input type="checkbox"/> | DA INTERESSI SU DEPOSITI
BANCARI | dell'importo di €_____ | mensili |
| <input type="checkbox"/> | ALTRE RENDITE
(obbligazioni, titoli azionari,
fondi di investimento) | | |
| <input type="checkbox"/> | ALTRO | | |

3. Che il proprio nucleo familiare è così composto:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RESIDENTE IN	ATTIVITA' SVOLTA	REDDITO MENSILE €

E che i parenti tenuti per legge agli alimenti al sottoscritto richiedente, ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile e dell'articolo 168 della legge n. 151 del 19.05.1975 (Riforma del diritto di Famiglia: coniuge, figli, figli dei figli, genitori, generi, nuore, suocero, suocera, fratelli e sorelle), sono i seguenti:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RESIDENTE IN	ATTIVITA' SVOLTA	REDDITO MENSILE €

4. Di abitare in un alloggio:

- DI PROPRIETA'
- ALLOGGIO DI EDILIZIA PUBBLICA (ATER)
- IN AFFITTO CON SPESA DI € _____ MENSILI
- ALTRO

5. Di possedere proprietà immobiliari oltre all'eventuale casa di abitazione (case, terreni altro)

NO SI - A DISPOSIZIONE E NON PRODUTTIVE DI REDDITO SI

- Con reddito di € _____ mensili. Ubicazione _____

6. Di possedere un veicolo:

• Marca: _____ Tipo: _____ Anno immatricolazione _____

7. Che la situazione sanitaria è la seguente:

- Stato di salute buono discreto cattivo

• Ha malattie croniche particolari? _____

- E' autosufficiente? SI NO

- Usufruisce di servizi sanitari da parte della ASL? SI NO

- Se sì, quali? _____

8. Di aver già ottenuto sussidi economici o altre forme di assistenza dal Comune di Sezze:

SI NO TIPO _____ IMPORTO € _____ PERIODO _____

9. Dichiaro inoltre:

- di impegnarsi, in caso di accoglimento della presente richiesta, a segnalare al Comune di Sezze - Ufficio Servizi Sociali (tel. 0773- 888571), entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione delle dichiarazioni rese con la presente ed in particolare la composizione della famiglia sopraindicata, nonché della situazione reddituale e patrimoniale;
- di autorizzare il Comune di Sezze, ai fini e per gli effetti del Dlgs 30 giugno 2003 n. 196, alla raccolta e al trattamento riservato dei dati indicati nel presente modulo nell'ambito dell'attività istituzionale.

ALLEGA ALLA DOMANDA I SEGUENTI DOCUMENTI:

- dichiarazione ISEE
- certificato medico attestante l'eventuale patologia
- altro _____

Sezze, _____

Il Richiedente - Dichiarante

La presente istanza/richiesta contenente dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà (art. 4 Legge 15/68) può (una delle tre possibilità - art 3, comma 11, legge 127/97):

- essere sottoscritta senza necessità di autocertificazione della firma in presenza del dipendente addetto a ricevere la istanza/richiesta presso gli Uffici del Servizio Sociale del Comune di Sezze;
- può essere sottoscritta senza necessità di autocertificazione della firma ed inviata al Comune di Sezze unitamente ad una fotocopia di identità valido del sottoscrittore/richiedente;
- può essere sottoscritta nelle forme previste per la autenticazione delle firme, ai sensi dell'art. 20 (Autenticazione delle Sottoscrizioni) della Legge 04.01.1968 n. 15, oppure art. 4 DPR 403/99 (per chi non sa o non può firmare).

Fotocopia documenti d'identità

Il dipendente comunale addetto alla ricezione

Data _____

Il Sottoscritto funzionario incaricato dal Sindaco attesta, ai sensi dell'art. _____ della Legge n. 15/68 che il dichiarante signor _____ nato/a _____ identificato con _____ ha sottoscritto in mia presenza la suddetta dichiarazione.

Sezze, _____

Il funzionario
