

AL SIGNOR SINDACO DI NICOLOSI

OGGETTO: richiesta voucher per servizio assistenza domiciliare

....l... sottoscritt... .., nat.... .. a

il, residente in Nicolosi via

n.telefono n.,

CHIEDE

- Di essere ammess... a beneficiare del voucher per il servizio di assistenza domiciliare,
- oppure
- Di voler ammettere il proprio familiare nato a....il, residente in Nicolosi via n.telefono n., a beneficiare del voucher per il servizio di assistenza domiciliare, in quanto si trova nella seguente condizione:
- Anziano solo in stato di bisogno e a rischio di esclusione;
 - Anziano invalido;
 - Nucleo familiare con disabile;
 - Persona dimessa da struttura sanitaria;
 - Altro(specificare)

Inoltre, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

1) che il nucleo familiare è così formato:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA
.....
.....
.....
.....

2) che il reddito complessivo è di €

3) di trovarsi nella seguente condizione:

- stato di solitudine /esclusione sociale;
- stato di invalidità;
- stato di dipendenza;
- stato di parziale autosufficienza;
- Altro

(specificare) _____

4) di necessitare delle seguenti prestazioni:

- aiuto domestico
- preparazione pasti
- igiene e cura della persona
- disbrigo pratiche
- accompagnamento
- cure socio-sanitarie integrate (stabilite dall'U.V.G dell'A.S.L. n. 3)
- lavatura e stiratura della biancheria

- compagnia
- Altro (specificare)

5) di avere obbligati per legge ai sensi dell'art. 433 c.c.

Nome	Cognome	Indirizzo	Telefono

6) di essere accudito dai seguenti : familiari
 parenti.....
 vicini di casa..... badante.....
 associazione..... Altro (specificare)

7) di non aver familiari o altre persone che si prenda cura del richiedente/beneficiario.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi dell'art. 10 legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Nicolosi, li

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

Documenti allegati:

- ISEE
- Certificato di invalidità o certificato medico curante attestante la parziale autosufficienza

- Fotocopia carta di identità
- Scelta della Cooperativa Sociale
- Altra documentazione attinente
(specificare) _____

ALLEGATO "A" modello adesione piano personalizzato

Spett. le Ufficio Servizi Sociali
Del Comune di.....

Oggetto: Intervento piano personalizzato L.328/2000. Adesione/.....

Il/la sottoscritto/a..... nato a..... il.....
residente a..... Via.....

presa visione della carta servizi della Società Cooperativa Sociale
.....iscritta al n..... del..... dell'albo distrettuale degli organismi sociali accreditati
previsti dal comma 4 dell'art. 1 della Legge n. 328/2000 del Comune di Gravina - Capofila del Distretto
Socio Sanitario D/19, con la presente

SCEGLIE

la Soc. Coop. Sociale.....
per l'intervento denominato.....

ADERISCE

— al piano di assistenza personalizzato

Comune di..... li.....

Per accettazione

Firma:

