

AL CONSORZIO DEI COMUNI DEL CVASSINATE  
PER LA PROGRAMMAZIONME E GESTIONE DEI  
SERVIZI SOCIALI

TRAMITE IL COMUNE DI

---

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ richiede la  
predisposizione del progetto di assistenza ai sensi della Legge  
162/98 a favore di:

Nome e cognome
Luogo e data di nascita
Indirizzo (di residenza)
Telefono

Tipologia di intervento richiesto:

**TIPOLOGIA "1"** assistenza domiciliare gestita direttamente  
dal Consorzio

**TIPOLOGIA "2"** assistenza domiciliare gestita in forma  
indiretta con personale assunto direttamente dall'utente

**TIPOLOGIA "3"** rimborso parziale di spese documentate di  
assistenza nell'ambito di programmi previamente concordati con  
il Consorzio

La persona avente diritto, o chi ne fa le veci, consapevole che in caso di falsa dichiarazione si applicano le disposizioni del codice penale e delle leggi speciali in materia, **dichiara che:**

il nucleo familiare del beneficiario risulta costituito come di seguito:

numero di componenti del nucleo familiare |\_|\_|\_|

numero componenti con disabilità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 L 104/92, **oltre** il destinatario del progetto; |\_|\_|\_|

numero anziani di età pari o superiore ai 65 anni, **oltre** il destinatario del progetto; |\_|\_|\_|

numero componenti minori **oltre** al destinatario del progetto |\_|\_|\_|

IL REDDITO ISEE E' PARI AD € \_\_\_\_\_

**Dichiara, altresì, che attualmente:**

|\_| **NON** fruisce di alcuna prestazione socio-assistenziale

|\_| **FRUISCE** delle seguenti prestazioni socio-assistenziali :

1	Assistenza domiciliare del consorzio o comunale anche in forma di educatori
2	Fruizione ass.za domiciliare anche in forma di educatori o di rimborsi economici ai sensi della legge 162/98 " sostegno alle disabilità "
3	Fruizione ass.za domiciliare anche in forma di educatori o di rimborsi economici ai sensi della legge 20/ 2006 sulla non autosufficienza
4	Fruizione del servizio mensa sociale erogato dal Consorzio
5	Fruizione del servizio di telesoccorso erogato dal Consorzio
6	Frequenza centri diurni, o socio-educativi consortili, comunali, della AUSL o privati convenzionati con la AUSL
7	Fruizione del servizio C.A.D. della AUSL

(barrare con X il numero della voce o delle voci che interessano)

**NON** fruisce di sostegni economici a livello pubblico ai fini assistenziali

**FRUISCE** dei seguenti sostegni economici erogati a livello pubblico ai fini assistenziali e/o risarcitori di danni sulla salute diversi da quelli sopra elencati:

1	Indennità di accompagnamento
2	Rendite INAIL
3	Sussidi economici erogati da Enti Locali o dalla Ausl in via continuativa

( barrare con una X il numero della voce o delle voci che interessano )

La sede dei servizi socio-sanitari fruibili più vicina si trova a:

**meno di 10 Km**  **oltre 10 Km**  **oltre 20 Km**

Si allega alla presente :

1.  **Certificazione attestante la condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92**
2.  **Modello ISEE del nucleo familiare di appartenenza;**
3.  **Certificato di residenza;**       **Stato di famiglia**
4.  **Certificato medico attestante che la disabilità non sia connessa a patologie derivanti da processi di invecchiamento ( solo per persone di età pari o superiore a 50 anni di età)**
5.  **n \_\_\_\_\_Certificazione /i attestante/i la condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 di altro/i componente/i il nucleo familiare**

Il Sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi della Legge 675/1996 e succ. D.Lgs. n° 196 del 30.06.2003

Data \_\_\_\_\_

Firma del destinatario del progetto o di chi ne fa le veci

<b>Spazio riservato agli uffici comunali</b>		
<b>La richiesta può essere ammessa per le seguenti motivazioni:</b>	<b>La richiesta non può essere ammessa per le seguenti motivazioni</b>	
<b>L'ammissibilità della richiesta è stata effettuata dal sig./ra:</b> _____		
<b>Ruolo professionale svolto all'interno dell'ufficio assistenza del comune di residenza del richiedente:</b> _____		

<b>Spazio riservato agli uffici consortili</b>	
<input type="checkbox"/> SI CONFERMA L'AMMISSIONE DELLA RICHIESTA	
<input type="checkbox"/> NON SI CONFERMA L'AMMISSIBILITA' DELLA RICHIESTA PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI:	
<b>L'ammissibilità della richiesta è stata effettuata dal sig./ra:</b> _____	
<b>Ruolo professionale svolto all'interno del Consorzio per i Servizi Sociali:</b> _____	