

AL CONSORZIO DEI COMUNI DEL CVASSINATE
PER LA PROGRAMMAZIONE 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

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

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