

AL CONSORZIO DEI COMUNI DEL CASSINATE
PER LA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEI
SERVIZI SOCIALI
TRAMITE L'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

In qualità di _____
richiede la predisposizione del progetto di **assistenza domiciliare** (diretta o indiretta) per disabili gravi ai sensi del **comma 3 art. 3 legge 104/92 IN FAVORE DI:**

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

Tipologia di intervento richiesto (solo una delle 2):

assistenza domiciliare diretta gestita dal **Consorzio**

assistenza domiciliare indiretta gestita con personale **assunto dall'utente**

Il richiedente, 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 destinatario del progetto 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
- numero componenti assistiti dal consorzio **oltre** il 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 :
 IN ATTESA dell'esito della richiesta

1	Assistenza domiciliare del consorzio anche in forma di educatori PER N. __ ORE SETTIMANALI
2	Assistenza domiciliare comunale (legge 6/2004) PER N. __ ORE SETTIMANALI
3	ass.za domiciliare ai sensi della legge 20/ 2006 sulla non autosufficienza PER N. __ ORE SETTIMANALI
4	Fruizione del servizio mensa sociale erogato dal Consorzio
5	Fruizione del servizio di telesoccorso erogato dal Consorzio
6	Frequenza centri diurni disabili (consortili, comunali, della AUSL o privati convenzionati con la AUSL) MATTINA __ POMERIGGIO __ INTERA GIORNATA __
7	Fruizione del servizio C.A.D. della AUSL

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

(barrare con X la voce che interessa)

- NON fruisce** di sostegni economici assistenziali
 FRUISCE di sostegni economici assistenziali quali :
 IN ATTESA dell'esito della richiesta

1	Indennità di accompagnamento
2	Rendite INAIL
3	rimborsi economici ai sensi della legge 20/ 2006 sulla non autosufficienza
4	sussidio economico disagio mentale

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

Si allegano alla presente (obbligatoriamente):

1. **Certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92**
2. **Modello ISEE del nucleo familiare di appartenenza;**
3. **situazione di famiglia e di residenza**
4. **Certificato medico con l'elenco delle patologie (per tutti), con evidenza, solo per le persone di età pari o superiore a 60 anni, che esse non siano connesse a processi d'invecchiamento**

solo se in possesso:

- 1) **verbale di invalidità civile**
- 2) n ____ **Certificazione /i attestante/i la condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92 di altro/i componente/i il nucleo familiare**

Il/La sottoscritto/a, inoltre **dichiara:**

- di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:
 - a) sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del destinatario del progetto al beneficio richiesto;
 - b) potranno essere trattati anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente istanza.;

Il rifiuto al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza non consentirà di accedere al beneficio richiesto.

L'ente al quale viene presentata l'istanza e gli enti erogatori a cui sono trasmesse le informazioni sono titolari del trattamento dei dati, ciascuno per le rispettive competenze.

Data _____

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