

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** di interventi mirati all' **assistenza di persone totalmente o parzialmente non autosufficienti (D.G.R. 601/2007-L.R 20/2006) A FAVORE DI:**

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

Tipologie d' intervento richiesto (SOLO UNA DELLE 3):

1. Servizi di sollievo alla famiglia, con interventi **di assistenza domiciliare gestita dal Consorzio**, per affiancare i familiari che accudiscono la persona non autosufficiente ;
2. Programmi di **aiuto alla persona gestiti in forma indiretta**, mediante piani personalizzati, previa verifica del titolo professione dell'operatore prescelto dall'utente o suo tutore, in relazione alle prestazioni da erogare ;
3. **Interventi economici straordinari** per concorrere ai costi di deistituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, dei disabili non autosufficienti e di qualsiasi altro soggetto non autosufficiente

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 L 104/92 o invalido al 100%, **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 :
 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	Fruizione del servizio mensa sociale erogato dal Consorzio
4	Fruizione del servizio di telesoccorso erogato dal Consorzio
5	Frequenza centri diurni per disabili consortili, comunali, della AUSL o privati convenzionati con la AUSL
6	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 assistenziali
 FRUISCE di sostegni economici assistenziali quali :
 IN ATTESA DELL'ESITO DELLA RICHIESTA

1	Indennità di accompagnamento
2	Rendite INAIL
3	sussidio economico disagio psichico

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

Si allegano alla presente le seguenti certificazioni :

- VERBALE di DISABILITA' AI SENSI DELL'ART. 3 (comma 1 o 3) DELLA L. 104/92**
oppure
 VERBALE DI INVALIDITA' CIVILE PARI AL 100%

(NEL CASO SI POSSEGGANO tutte e due le certificazioni anzidette, QUESTE VANNO CONTESTUALMENTE PRESENTATE)

MODELLO ISEE (redditi anno 2012)

SITUAZIONE DI FAMIGLIA E DI RESIDENZA

solo se in possesso: n ____Certificazione /i attestante/i la condizione di disabilità o invalidità
al 100% 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) sono forniti alla commissione U.V.T della AUSL per la valutazione della gravità e 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 interessati 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

Spazio riservato all'ufficio dei servizi sociali del comune
Verifica della conformità della documentazione richiesta ai criteri di accesso alla predisposizione dell'intervento
La documentazione è conforme
La documentazione non è conforme per le seguenti motivazioni:
La verifica è stata effettuata dal sig./ra: _____
Ruolo professionale svolto all'interno dell'ufficio servizi sociali del comune: _____

Spazio riservato all'ufficio dell'area sociale del Consorzio
AMMISSIBILITA' DELLA RICHIESTA
<input type="checkbox"/> PARERE NEGATIVO ALL'AMMISSIBILITA' DELLA RICHIESTA PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI
<input type="checkbox"/> PARERE POSITIVO ALL'AMMISSIBILITA' DELLA RICHIESTA PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI
DOTT/SSA
RUOLO SVOLTO ALL'INTERNO DEL CONSORZIO:
NOTE: