Amministrazione destinataria

Comune di Annone Veneto

Ufficio destinatario

Ufficio Servizi Sociali

Domanda di servizi di assistenza domiciliare

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'erogazione del servizio di

- ☐ assistenza domiciliare
- ☐ pasti caldi a domicilio

- ○ per sé stesso
- ○ per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

attualmente residente in

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ○ che il destinatario dell'intervento è persona con disabilità permanente grave, di cui all'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104

pertanto allega copia del certificato che attesti la condizione di disabilità permanente grave

○ che il destinatario dell'intervento, non è persona con disabilità permanente grave, di cui all'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104, ma è ultrasessantacinquenne non autosufficiente riconosciuto invalido civile

DICHIARA INOLTRE

☐ che l'ISEE relativo alla situazione economica del nucleo familiare o del solo destinatario dell'intervento è il seguente
(non necessario per la richiesta dei pasti a domicilio)

Importo ISEE

€

☐ di essere informato sulla condizione che stabilisce, in caso di mancata presentazione della certificazione ISEE, l'applicazione della quota massima di contribuzione prevista a carico del beneficiario dell'intervento, pari al 100% del costo del servizio
(solo per assistenza domiciliare)

COMUNICA

☐ che il destinatario dell'intervento usufruisce di altre forme di assistenza quali

☐ assistenza domiciliare da parte dell'ULSS

Motivo

☐ altro (indicare ente o servizio di riferimento)

Descrizione

☑ che il destinatario dell'intervento si trova in una delle seguenti condizioni

○ vive solo

○ vive con i familiari

☑ che il medico di medicina generale del destinatario dell'intervento è

Medico

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ copia del certificato che attesti la condizione di disabilità permanente grave
- ☐ copia di documentazione sanitaria recente attestante la patologia e le condizioni psico-fisiche in cui la persona si trova
- ☐ copia della dichiarazione ISEE
- ☐ documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Annone Veneto		