

Prot. N. _____ del _____

Il sottoscritt _____ Tel. _____

valendosi della facoltà concessagli dagli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28.12.2000, n. 445, al fine di poter fruire del servizio di "ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI" previsto dalla Legge 6 maggio 1981, n° 87 e successive modifiche ed integrazioni, con finanziamenti PAC,

DICHIARA

di essere nato/a il _____ a _____

di essere residente in _____ Via _____

_____ Cod. Fiscale _____

Reddito I.S.E.E. € _____ stato civile _____

Che i familiari non conviventi non hanno hanno residenza nello stesso immobile, stessa Via o isolato, rispetto all'abitazione del richiedente il servizio

Alloggio: di proprietà in locazione uso gratuito
 altro _____

medico curante Dott: _____ Tel. _____

vive: da solo con altri _____

nello stesso nucleo coabita portatore di handicap grave oltre il coniuge NO

SI grado parentela _____ cognome e nome _____

RICHIEDENTE: invalido NO SI _____% Pensionato/a SI € _____ NO
indennità di accompagnamento SI NO

rendita INAIL SI € _____ NO Pens. di guerra SI € _____ NO

CONIUGE: invalido NO SI _____% Pensionato/a SI € _____ NO
 indennità di accompagnamento SI NO
 rendita INAIL SI € _____ NO Pens. di guerra SI € _____ NO

ALTRO FAM.: invalido NO SI _____% Pensionato/a SI € _____
 NO -Indennità di accomp. SI NO -Rendita INAIL SI € _____ NO

Composizione nucleo familiare del richiedente:

	Cognome e nome	occupazione	residenza	telefono	Relaz parentela
1					
2					
3					
4					

Notizie sui familiari più prossimi **non conviventi** (è obbligatoria la compilazione):

	Cognome e nome	occupazione	residenza	telefono	Relaz parentela
1					
2					
3					
4					
5					

di essere consapevole ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dall'art. 496 C.P;
 di essere informato che, l'eventuale, quota mensile di compartecipazione ai costi del servizio deve essere pagata anticipatamente, entro i primi dieci giorni del mese di riferimento e che il ritardo del pagamento comporta la sospensione delle prestazioni, mentre, dopo 60 gg. di mora l'Ufficio di Servizio Sociale procederà alla revoca del diritto alla fruizione dell'A.D.A.

Autorizza l'amministrazione di pubblicare i propri dati nella graduatoria finale che sarà resa pubblica attraverso l'affissione all'albo pretorio ed all'ufficio di servizio sociale.

Delega come referente il/la Sig./ra _____
 nella qualità di _____

Alla presente allega:

- dichiarazione sostitutiva unica completa ed in originale (obbligatorio);
- fotocopia di valido documento di riconoscimento (obbligatorio);
- verbale della Comm. Medica, per gli invalidi, o certificato medico (per i non invalidi), se sono presenti nel nucleo più invalidi bisogna allegare le copie di tutti i verbali;

certificazione per i familiari (diversi dal coniuge) portatori di handicap grave;

n° _____ certificati di disoccupazione; altro _____

SOCIETÀ li _____ firma _____

Il beneficiario del servizio A.D.A. è tenuto a comunicare ogni variazione sulle dichiarazioni rese nella presente che possano comportare la cessazione del diritto al servizio o possano determinare costi diversi sulle agevolazioni avute sull'ammontare della spesa di compartecipazione al servizio.

Il modulo per la richiesta del servizio A.D.A. va compilato in ogni parte in quanto l'omissione di informazioni utili alla formulazione della graduatoria può concludersi con l'esclusione dalla graduatoria. In ogni caso l'integrazione di eventuale documentazione deve avvenire prima della scadenza del bando e deve essere accompagnata da lettera di trasmissione che va protocollata per constatarne che la data di consegna sia avvenuta entro la scadenza del bando, oltre tale data non sarà più possibile produrre documentazione a correzione od integrazione ai fini della formulazione della graduatoria.

Il/La sottoscritto/a dopo essere stato/a informato/a ai sensi dell'art. 10 della Legge sulla privacy 675/96 e successive modifiche od integrazioni, esprime parere favorevole al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano ai fini strettamente necessari per gli atti consequenziali alla presente istanza e per le attività sanitarie correlate alla richiesta del servizio A.D.A. ed acconsente al trattamento dei propri dati ai fini statistici, epidemiologici e di ricerca scientifica, ivi inclusa la comunicazione, diffusione ed il trasferimento all'estero nei casi previsti dalla legge.

firma _____

NOTE

Si rende noto che le false dichiarazioni, oltre alla sospensione del servizio, saranno perseguite a norma di Legge e l'Amministrazione si riserva il diritto di rivalsa. Il Servizio Sociale effettuerà delle verifiche ed accertamenti, a campione, sulle dichiarazioni rese.

Il richiedente o un suo familiare potrà produrre la "**Dichiarazione Sostitutiva Unica**" presso i CAF (Centro di Assistenza Fiscale) al fine di poter dichiarare la situazione reddituale e patrimoniale per l'anno di riferimento. La Dichiarazione Sostitutiva Unica è obbligatoria, come prescritto dal Decreto del Presidente della Regione Sicilia del 19 giugno 2000, in quanto il servizio di assistenza domiciliare anziani rientra tra le prestazioni sociali agevolate previste dalla Legge Regionale n° 22 del 9 maggio 1986.

A CURA DELL'UFFICIO

Ai fini della graduatoria, vista la data di Protocollo la domanda può essere

Accolta NON accolta

Il Responsabile del Settore

NOTE

Parere del Servizio Sociale Professionale

