



COMUNE DI GOLFO ARANCI
Provincia Di Sassari – Zona Omogenea OT
Servizio Politiche Sociali, Amm.vo e Demografico
Ufficio Servizio Sociale

AL COMUNE DI GOLFO ARANCI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI
VIA LIBERTA' N° 74
07020 GOLFO ARANCI

MODULO DOMANDA SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE
(Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritt _____ nat_ a _____
Il _____ residente a _____ in Via _____ n° __ int. _____
circ. n° ____ domiciliat_ a _____ in Via _____ n° ____
Tel. _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

l'attivazione del servizio domiciliare erogato dal Comune di Golfo Aranci

() per se;

in qualità di () incaricato della tutela, () amministratore di sostegno () titolare della potestà genitoriale () familiare di riferimento (indicare di seguito il rapporto di parentela)

_____ ;
per il/la sig. _____ nat_ a _____
il _____ e residente a _____ in Via _____ n° __ int. _____
domiciliat_ a _____ in Via _____ n° ____
Tel. _____ Codice Fiscale _____

- che l'attivazione del servizio suddetto venga garantito senza la prestazione agevolata;
- che l'attivazione del servizio suddetto venga garantito con la prestazione agevolata;

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

- Di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale effettuerà controlli anche a campione sulle dichiarazioni rilasciate dagli interessati, verificando la veridicità dei dati in esse contenuti. Ferma restando la responsabilità penale, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, si applicherà la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445 del 28.12.2000);
- che il destinatario dell'intervento è portatore di handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 ;
- che il destinatario dell'intervento è non autosufficiente riconosciuto invalido civile dalla competente Commissione Medica della Asl;
- che il valore ISEE relativo all'anno _____ risultante dall'attestazione n. _____ rilasciata dall'INPS in data _____ è pari ad € _____;

- di allegare la DSU (dichiarazione sostitutiva Unica come previsto dal DPCM n. 159/2013 e dal DMLPS del 7.11.2014;
- di essere informato che in caso di mancata presentazione della certificazione ISEE, l'applicazione della quota massima di contribuzione prevista a carico del beneficiario dell'intervento, è pari al 100% del costo del servizio.

DICHIARA, inoltre,

1. che il destinatario dell'intervento usufruisce di altre forme di assistenza quali:
 - assistenza domiciliare da parte della ASL per _____;
 - altro (indicare ente/servizio di riferimento) _____;
2. che il destinatario dell'intervento affetto da : _____
_____ si trova in una delle seguenti condizioni:

E' ALLETTATO (), DEAMBULA DA SOLO (), HA PROBLEMI DI MEMORIA (), E' DISORIENTATO (),

E' AUTOSUFFICIENTE (), VIVE SOLO (), NON HA NESSUNO CHE SI PUÒ OCCUPARE DELLA SUA ASSISTENZA (), VIVE CON FAMILIARI CHE NON POSSONO ASSISTERLO ();

1. di impegnarsi al pagamento della quota di contribuzione spettante, qualora necessario, in base a quanto previsto nella Deliberazione della Giunta Comunale n. 63 del 23.04.2018;
2. che i dati relativi al Medico di Base del destinatario dell'intervento sono i seguenti:
Nominativo _____ Indirizzo ambulatorio _____
Tel _____;
3. di essere informato che i dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.
Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Golfo Aranci li ___/___/___

IL DICHIARANTE

Allega alla presente:

- Dichiarazione Sostitutiva unica (DSU) con ISEE;
- Documento di identità del richiedente e del beneficiario del servizio;
- Codice Fiscale del richiedente e del beneficiario del servizio;
- Copia del certificato che attesti l'handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/92;
- Certificato Medico da cui risulta la reale Condizione Sanitaria con allegato piano terapeutico del beneficiario del servizio ed eventuali malattie infettive.