

Al Signor Sindaco  
del Comune di  
31058 Susegana (TV)

## **RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE**

Cognome e nome		coniugata	
nato/a a	Data nascita	Telefono/cellulare	
CAP	residente a	Via/Piazza	N°
cittadinanza	stato civile	Ultima professione	
Tessera Sanitaria		Medico di base	

### **CHIEDE di poter usufruire delle seguenti prestazioni di assistenza domiciliare:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prestazioni domiciliari | <input type="checkbox"/> igiene personale | <input type="checkbox"/> accompagnamento     |
|  | <input type="checkbox"/> aiuto domestico  | <input type="checkbox"/> aiuto alla famiglia |
|  | <input type="checkbox"/> altro.....       |  |
- Pasti a domicilio

### **Motivi della richiesta**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> precarie condizioni di salute ed autonomia | <input type="checkbox"/> sostegno familiare                         |
| <input type="checkbox"/> Disabilità                                 | <input type="checkbox"/> sostituzione temporanea assistente privato |
| <input type="checkbox"/> Malattia                                   | <input type="checkbox"/> condizioni di isolamento e marginalità     |
| <input type="checkbox"/> altro.....                                 |   |

### **A tal fine, DICHIARA:**

- |                             |   |   |
|-----------------------------|---|---|
| <b>SITUAZIONE FAMILIARE</b> | <input type="checkbox"/> solo                     | <input type="checkbox"/> vive con coniuge/partner senza figli |
|                             | <input type="checkbox"/> vive con genitore/i      | <input type="checkbox"/> vive con coniuge/partner con figli   |
|                             | <input type="checkbox"/> genitore unico con figli | <input type="checkbox"/> vive con altri familiari             |
|                             | <input type="checkbox"/> altro.....               |   |

n° componenti nucleo familiare di stabile convivenza: .....

- |                             |   |   |
|-----------------------------|---|---|
| <b>SITUAZIONE SANITARIA</b> | <input type="checkbox"/> Invalidità civile del .....% *   | <input type="checkbox"/> indennità di accompagnamento |
|                             | <input type="checkbox"/> richiesta di invalidità o aggravamento in corso                                    | <input type="checkbox"/> telesoccorso/telecontrollo   |
|                             | <input type="checkbox"/> riconoscimento della condizione di gravità di cui all'art. 3 della legge 104/1992* |   |
|                             | <input type="checkbox"/> usufruisce del servizio infermieristico domiciliare                                |   |
- \*allegare fotocopia del verbale*

**PERSONA DI RIFERIMENTO:**

Cognome e nome ..... relazione .....  
Via ..... n..... città .....  
Telefono .....

**FAMILIARI** - anche non conviventi

Cognome e nome	Relazione parentela professione	Indirizzo / Telefono

**ALLOGGIO**

- casa/appartamento di proprietà
- casa/appartamento con mutuo
- alloggio ATER
- altro.....
- usufrutto
- casa/appartamento in affitto
- ospite presso .....
- barriere architettoniche interne
- barriere architettoniche esterne

**DICHIARA, inoltre:**

di rinunciare alla presentazione della dichiarazione ISEE per la richiesta di prestazioni agevolate e di accettare la compartecipazione al 100% della spesa pari attualmente a euro \_\_\_\_\_ all'ora.  
(oppure, in alternativa)

di chiedere la valutazione della situazione familiare, economica e patrimoniale, al fine della determinazione di una tariffa ridotta per il pagamento delle prestazioni. A tal fine, dichiara:

1) Che l'I.S.E.E. di riferimento della persona (socio-sanitario o ordinario), in corso di validità, è:

.....  
**ISEE**

La condizione di **non autosufficienza** è certificata da:

- riconosciuto invalido/a civile e **beneficiario di indennità di accompagnamento** ai sensi della L.18/80
- riconosciuto lo **stato di gravità** ai sensi della L.104/92, art.3, comma 3

\* *allegare copia del certificato che attesta la condizione*

Il sottoscritto/a si impegna ad accettare la retta di contribuzione del servizio che verrà determinata in base alla situazione reddituale del nucleo ed alle quote di contribuzione al servizio fissate annualmente dall'Amministrazione Comunale. Si impegna, altresì, ad inviare ogni anno, entro il mese di giugno, la dichiarazione ISEE aggiornata e dei redditi esenti IRPEF ai fini del ricalcolo annuale della quota contributiva a proprio carico.

**Dichiaro** che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono a verità e che non sono stati omessi dati importanti.

**Dichiaro** che, in applicazione degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sono stato avvertito e sono consapevole della responsabilità penale prevista dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, cui vado incontro in caso di dichiarazioni false ed incomplete e di uso di atti falsi e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**Mi impegno** inoltre a comunicare immediatamente ogni variazione delle situazioni che sono state determinanti per la quantificazione della quota di contribuzione personale al servizio ed in particolare quelle attinenti alla situazione economica ed alla composizione del nucleo familiare.

**Autorizzo** codesto Ente ad effettuare presso le sedi competenti controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati forniti. In caso di opposizione ai suddetti controlli le prestazioni non potranno essere concesse. L'Ente può effettuare eventuali controlli anche presso gli istituti di credito o altri intermediari finanziari.

**Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs.196/2003)**

I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione del servizio, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della normativa di cui alla D.Lgs. 196/2003.

Al/la utente competono i diritti previsti dall'art.7 del d.Lgs.n.196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco.

Susegana, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma le dichiarazioni sulla privacy e sull'autocertificazione

**Se il richiedente è impossibilitato ad esprimere il bisogno:**

La su estesa domanda e dichiarazione è stata resa dal sottoscritto in qualità di \_\_\_\_\_, **in nome e per conto** del richiedente impossibilitato ad esprimere il bisogno, avendone ottenuto il consenso informato.

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Susegana, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- ALLEGATI:**     Dichiarazione ISE     Verbale invalidità     Certificato medico  
 altro:

- L'autenticità della sottoscrizione del/la richiedente, ai sensi degli artt. 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000, è dimostrata dall'allegata fotocopia di un valido documento di riconoscimento.  
  Attesto, ai sensi degli artt. 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000, che la sottoscrizione del/la richiedente, identificata mediante \_\_\_\_\_, è stata apposta in mia presenza.

Susegana, .....

Il Funzionario responsabile.....

