



EBOLI CAPOFILA

Altavilla Silentina – Battipaglia – Campagna – Contursi Terme – Eboli – Oliveto Citra – Postiglione – Serre – Sicignano degli Alburni – Provincia di Salerno – A.S.L. Salerno

“ALLEGATO A”

Al Settore Politiche Sociali

del Comune

di _____

Oggetto: DOMANDA SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIO-ASSISTENZIALE PER PERSONE ANZIANI E DISABILI.

Il/La
sottoscritto/a _____ C.F. _____

Nato/a _____ il
_____ a _____ (_____)

Residente _____ a _____ in
Via/Piazza _____, n. _____

Tel _____,

CHIEDE

Ai sensi e per gli effetti della L.R. 21/89 – L.R. 11/07 - di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale istituito dall’Ambito S/5 :

ADS anziani ADH disabili

Per se stesso e/o per _____

DICHIARA

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D. P. R. 445/2000 e s. m. i., e consapevole delle responsabilità penali previste dal medesimo decreto in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

Barrare le caselle che interessano:

- di aver preso visione del regolamento del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale anziani e disabili del piano di zona S5;
- di essere invalido al _____ (specificare grado d'invalidità) e/o legge 104/92;
- di percepire indennità di accompagnamento;
- di non percepire indennità di accompagnamento;
- di fruire già del servizio erogato da codesto Ambito S5;
- di essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito S5 (specificare _____);
- che il proprio nucleo familiare, intendendo per tale le persone che coabitano è composto:

NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

- che il Reddito I.S.E.E. del proprio nucleo familiare, riferito all'anno in corso, è di € _____;
- di trovarsi in uno delle seguenti condizioni sottoelencate:
 - in stato di isolamento sociale;
 - privo di familiare che di fatto forniscono adeguata assistenza;
 - con famiglia collaborante in grado di fornire assistenza;
 - insufficienza psichica e/o fisica.

Il/La sottoscritto/a autorizza, ai sensi del DLgs 30 giugno 2003, n. 196, al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, forniti in sede di presentazione della presente domanda o comunque acquisiti a tal fine dal Comune e dal Piano Sociale di Zona – Ambito S5.

Allega:

- **Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità;**
- **Certificazione I.S.E.E. relativa all'anno in corso;**
- **Certificato d'invalidità e/o legge 104/92 (obbligatorio per i disabili);**
- **Certificato del medico curante (solo per gli anziani in alternativa al certificato d'invalidità e/o legge 104/92).**

Luogo e data

Firma del richiedente
