

che il beneficiario risulta **(barrare con una X)**:

- titolare di indennità di accompagnamento;
- beneficiario di altri servizi erogati dal Comune o da altro Ente pubblico/privato (_____);

- Che il valore ISEE in corso di validità ammonta ad € _____;

- Che il nucleo familiare della persona non autosufficiente è così composto:

	Cognome Nome e Cod. Fiscale	Luogo e data di nascita	Grado di parentela
1 C.F.		
2 C.F.		
3 C.F.		
4 C.F.		
5 C.F.		

Qualora la presente richiesta sia valutata positivamente

SI IMPEGNA

- a sottoscrivere, previa sua condivisione, il progetto assistenziale individuale (PAI) predisposto a seguito di valutazione;
- a comunicare tempestivamente per iscritto, agli uffici competenti, ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee;

AUTORIZZA

Gli Uffici dell' Ambito Territoriale Spilinga -Amb.26, deputati all'attivazione dei Servizi:

- al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 196/2003 "Codice in materia dei dati personali " e successive integrazioni;
- alla visita domiciliare dell'assistente sociale assegnato al caso, qualora necessaria al perfezionamento del procedimento istruttorio;
- alla rilevazione di tutti i dati necessari alla valutazione multidimensionale (scheda di valutazione sociale) da parte di tutti gli operatori ad ogni titolo coinvolti nell'esame della presente istanza.

ALLEGA:

1. Certificazione attestante la situazione di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3, o dell'art.1 comma 3 della legge 104/92, o certificazione di invalidità rilasciata dalla commissione medica;
2. Attestazione ISEE della persona da assistere in corso di validità;
3. Fotocopia del documento di identità del beneficiario e del richiedente;
4. Eventuale decreto di tutela o di curatela o di amministratore di sostegno;
5. Eventuali altre certificazioni mediche ritenute utili, da parte dell'utente, per l'attivazione del servizio.

Come previsto dall'art. 4 del Bando, non verranno valutate le domande con documentazione carente rispetto a quanto espressamente richiesto.

Luogo e data, _____

Firma
