AL COMUNE DI CANICATTINI BAGNI

**DOMANDA DI ACCESSO**

**AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in Canicattini Bagni in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C. F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| *(eventualmente)* in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_)il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in Canicattini Bagni in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C. F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,  |

**CHIEDE**

di accedere al **Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili**

**A TAL FINE DICHIARA:**

COMPOSIZIONE FAMILARE

La composizione del nucleo familiare convivente col beneficiario delle prestazioni è la seguente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N. | Cognome e nome | Grado di parentela | Data di nascita |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |

PARAMETRI REDDITUALI

* Il valore ISEE del nucleo familiare convivente con il beneficiario delle prestazioni socio-assistenziali per l’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ammonta ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Il reddito personale percepito dal richiedente il servizio per l’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ammonta ad

 € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

CONDIZIONI DI FRAGILITȦ/SOLITUDINE

Il beneficiario delle prestazioni socio-assistenziali versa in una delle seguenti condizioni:

* coabita con coniuge, figlio o altro parente inabile;
* non ha nessun parente prossimo e abile, è in stato di abbandono;
* ha figli non residenti nel Comune di residenza, ha altri parenti prossimi (fratelli e sorelle, nipoti…) residenti nel Comune di residenza;
* ha figli residenti nel Comune di residenza;
* coabita con coniuge o figli abili, o altro parente.

CONDIZIONI DI SALUTE

Il beneficiario delle prestazioni socio-assistenziali versa in una delle seguenti condizioni di salute:

* allettato;
* non allettato ma non autosufficiente;
* parzialmente autosufficiente;
* autosufficiente.

**DICHIARA, ALTRESÌ**

di essere a conoscenza della tipologia delle prestazioni, delle modalità di accesso e di valutazione delle domande e delle condizioni di compartecipazione finanziaria, di cui al Regolamento distrettuale relativo ai servizi di assistenza domiciliare in favore di anziani, soggetti diversamente abili e soggetti in ADI, approvato con deliberazione del Comitato dei Sindaci del Distretto socio-sanitario D48 n. 9 del 13-10-2016 e recepito dal Comune di Canicattini Bagni con deliberazione di C.C. n. 33 del 29-12-2016, che tutte incondizionatamente accetta con la sottoscrizione della presente domanda.

**SI IMPEGNA A**

* corrispondere puntualmente, ove dovute, le quote mensili di compartecipazione al costo del servizio, mediante Avviso di pagamento pagoPA;
* comunicare per iscritto al Servizio sociale comunale ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

**ALLEGA**

alla presente domanda:

* copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità;
* certificazione ISEE, completa di tutti gli allegati, con riferimento ai redditi percepiti per l’anno \_\_\_\_\_ ;
* certificazione medica rilasciata dalla competente ASP ai sensi della legge 104/92;
* ogni altra documentazione ritenuta utile per una corretta valutazione dei bisogni dell’utente.

*Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Firma del beneficiario o del familiare*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |
| --- |
| *(Cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***autorizza** il Servizio sociale del Comune di Canicattini Bagni e l’Ufficio di Piano del Distretto 48 di Siracusa al trattamento dei dati conferiti, *esclusivamente* per l’espletamento della procedura di attivazione del servizio in parola, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e successive integrazioni.*(Data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |