

SIGNOR SINDACO DEL
COMUNE DI _____

OGGETTO: ISTANZA PER L'EROGAZIONE DI BUONI SERVIZIO (VOUCHER) PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NEI COMUNI FACENTI PARTE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D54 FONDI PAC ANZIANI AZIONI RAFFORZAMENTO TERRITORIALE.

Il/La sottoscritto/a nato/a
(.....) il/...../..... residente a in
via n., Codice Fiscale n. telefono
..... in qualità di

chiede l'ammissione al servizio di assistenza Domiciliare(SAD)

per se stesso/a per il/la sig.ra

..... nato/a il|.....|.....
Residente in.....Via.....n.....
Recapito telefonicoC.F.

DICHIARA

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

- che è residente nel Comune di, appartenente all'Ambito Territoriale del Distretto Socio Sanitario D54;
- di usufruire attualmente di un servizio a carico del Distretto Socio Sanitario D54.
 - SI (Specificare la tipologia di servizio).....
 - NO
- che il reddito del nucleo familiare ISEE è di €

Il nucleo familiare è composto da n. persone come indicato di seguito:

| Cognome | Nome | Data di nascita | Grado di parentela |
|----------------|-------------|------------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

– che la **condizione familiare** del beneficiario è la seguente (*barrare la voce che interessa*):

- convive con familiari in grado di assisterlo;
- con figli residenti nel Comune;
- con figli non residenti nel Comune;
- vive da solo, privo di supporto familiare;
- convive con familiari portatori di handicap senza ulteriore supporto.

– che presenta il seguente **stato di salute/invalidità**

- Portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 Legge 104/92);
- Portatore di handicap (art. 3, co. 1 Legge 104/92);
- Invalido al 100% in attesa di riconoscimento Legge 104/92;
- Stato malattia attestato dalla scheda di accesso ai servizi (All. "B")

ALLEGA alla presente:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità dell'interessato e/o del richiedente;
- Scheda di richiesta di accesso ai servizi socio-sanitari territoriali (All." B") compilata dal medico curante;

AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del Regolamento EU nr. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)