



CITTA' DI LICATA



COMUNE DI PALMA DI MONTECHIARO

## **DISTRETTO SOCIO – SANITARIO D5 LICATA E PALMA DI MONTECHIARO COMUNE DI LICATA – CAPOFILA**

RICHIESTA EROGAZIONE SERVIZIO ASSISTENZADOMICILIARE ALLE FAMIGLIE CON SOGGETTI DISABILI .

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI DELL' ART. 47 DEL D.P.R.28.12..2000 N. 445.SS.MM.II.

Al Comune di.....  
Ufficio di Servizio Sociale

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a  
a ..... il ..... e residente in  
via/piazza ..... n° ..... comune.....  
di ..... c.a.p. .... tel. ....

### **CHIEDE**

Di voler ammettere il proprio parente ( indicare il grado di nato/a ..... nome .....  
cognome ..... nato/a ..... il ..... residente in via  
..... tel. ....  
in condizioni di totale non autosufficienza cui vengono assicurate prestazioni di cura, assistenza ed aiuto personale in  
relazione alle condizioni vissute di non autonomia, con impegno ed oneri a carico della famiglia, a tal proposito

### **DICHIARA**

- Che il proprio nucleo familiare, ivi compreso quello del disabile/invalido, nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni riportate dal D.L.vo n° 109/98 e regolamento attuativi, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall' art. 1 D.P.C.M. 4 Aprile 2001 n° 242, ha una **condizione economica valutata con I.S.E.E. ad €** .....
  - Che il familiare disabile grave/ invalido in atto non fruisce/ fruisce di altro servizio socio assistenziale
- 1. Interventi domiciliari tipologia** \_\_\_\_\_  
erogati da \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - 2. Indennità di accompagnamento od assegno equivalente ( L. 18/80 )**
  - 3. Assistenza economica straordinaria al nucleo familiare finalizzata al sostegno dell' anziano / disabile**
    - Che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del servizio assistenza domiciliare alle famiglie con soggetti portatori di handicap.

- Di essere a conoscenza dell' obbligo di segnalare tempestivamente a codesta Amministrazione qualsiasi variazione su quanto dichiarato e documentato.
- Di essere a conoscenza dei criteri di accesso al servizio, compreso l' eventuale onere di compartecipazione al costo del servizio, così come disciplinato dal D. A. n. 867/ S7 DEL 15.04.2003

**COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE**

NUMERO COMPONENTI	COGNOME E NOME	RAPPORTO FAMILIARE	DATA DI NASCITA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Allega alla presente istanza:

- ⤴ Indicatore situazione economica equivalente ( I.S.E.E.) ai sensi del decreto legislativo n° 109/98 e successive modifiche ed integrazioni, rilasciato da organismo abilitato ( CAF- INPS- Comuni etc...)
- ⤴ valido documento d' identità del presentatore dell' istanza.

**Certificazione sanitaria**

- ⤴ Verbale della commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento  
ovvero:
- ⤴ Certificazione attestante lo stato di portatore di grave handicap rilasciata ai sensi della L. 104/92 ( art. 3 comma 3 della commissione invalidi civili dell' ASP.

DATA.....

FIRMA.....

Ai sensi dell' art. 38 del D.P.R. 455/2000,, è obbligo apporre la firma e allegare copia di valido documento d' identità.

Trattamento dati personali

Informativa art. 13 del D. Lgs. N° 196/03 : i dati personali forniti saranno raccolti presso le strutture organizzative del comune e del Distretto Socio Sanitario D5 per le finalità di gestione della pratica. Il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato, nei modi leciti e secondo correttezza per un tempo non superiore a quello necessario per l' espletamento di funzioni istituzionali e di compiti attribuitigli dalla legge e dai regolamenti.