**RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI**

**ASSISTENZA DOMICILIARE**

 **Al Responsabile del Settore**

 **Politiche Sociali Disabilità e Istruzione**

 Comune di Misterbianco

Il/la sottoscritto/a…. ……………………………………………………, nato/a a …………………..

il…………… e residente a ……………………………..Via……………………………………..n………

codice fiscale \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ tel. ....................................

email…………………………………………………………………………………………………………

**CHIEDE**

Per se stesso

Per il proprio familiare *(indicare grado di parentela)* ………………………………………..............

*(Inserire dati del beneficiario solo se diverso dal richiedente)*

Cognome ……………………………………………. Nome ……………………….,…………………..

Nato/a a……………… il…………………… e residente a …………………………………………

Via………………………………………………………………………………………………..n……….

codice fiscale \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

tel. ......................................... email………………………………………………………………………

l’ammissione al seguente servizio da fruire attraverso voucher per l’acquisto di prestazioni professionali presso organismi accreditati nell’ apposito Albo Comunale :

(barrare una sola casella)

Servizio di Assistenza Domiciliare per soggetti anziani (SAD)

Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili adulti e minori

Servizio di Assistenza Domiciliare Minori a supporto della famiglia

 Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

 **DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del citato D.P.R. 445/2000 nell’ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni, nonché della decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall’art.75 dello stesso D.P.R. 445/2000

* di essere residente nel Comune di Misterbianco

*oppure*

* che la persona per la quale si chiede l’ammissione al beneficio è residente nel Comune di Misterbianco
* di non fruire di altre forme di assistenza finanziata con risorse a carico di altri Enti Pubblici ( Distretto socio-sanitario, INPS ,etc).

*oppure*

* che la persona per la quale si chiede l’ammissione al beneficio non fruisce di altre forme di assistenza finanziata con risorse a carico di altri Enti Pubblici ( Distretto S.S, INPS, etc)
* che il proprio nucleo familiare/nucleo familiare la persona per la quale si chiede l’ammissione al beneficio è composto come segue:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome Nome | Data di nascita  | Gradodi parentela  | Convivente SI/NO  | Residenza |
|  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Si allega :

* Copia documento di riconoscimento e tessera sanitaria in corso di validità del richiedente e, se del caso, della persona per la quale si chiede l’ammissione al servizio.
* Attestazione ISEE in corso di validità con allegata dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) riferita alla persona per la quale si chiede l’ammissione al servizio
* Copia del verbale di invalidità civile della persona per la quale si chiede l’ammissione al servizio
* Copia del verbale dell’accertamento dell’handicap legge 104/92 (art. 3 comma 3) della persona per la quale si chiede l’ammissione al servizio
* Scheda SVAMA compilata dal medico di base riferita alla persona per la quale si chiede l’ammissione al servizio
* Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato che i dati forniti saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE n. 679/2016 e del Decreto Legislativo 10 agosto 2018 n. 101 che modifica il “Codice in materia di protezione dei dati personali” di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e a tal fine autorizza il trattamento dei dati personali per i fini istituzionali dell’Ente.

 Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del richiedente

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_