



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4
AMBITO TERRITORIALE CASTELTERMINI - SAN GIOVANNI GEMINI – CAMMARATA

All'Ufficio di Servizio Sociale del Comune
di _____

Oggetto: Erogazione Voucher (Buono di servizio) per i servizi di Assistenza Domiciliare non in A.D.I ADA presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario D4, finanziati dal Piano di Azione e Coesione PAC ANZIANI – 2° Riparto.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ via _____

C.F. _____ Tel. _____

CHIEDE

di accedere all'erogazione del Voucher (Buono di Servizio) per i servizi di Assistenza Domiciliare non in A.D.I. (A.D.A) presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario D4, finanziati dal Piano di Azione e Coesione - PAC ANZIANI 2° Riparto.

Il voucher è utilizzabile unicamente presso gli Enti accreditati e iscritti all'Albo Distrettuale – sezione anziani.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 e del DPR n.445 del 28/02/2000 e s.m.i.

DICHIARA

di essere cittadino/a italiano;

di essere residente nel Comune di _____;

di aver preso visione e di accettare il Bando per l'erogazione del Voucher (Buoni di Servizio) per i servizi di Assistenza Domiciliare non in ADI (A.D.A) presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario D4, finanziati dal Piano di Azione e Coesione PAC ANZIANI 2° Riparto.

di essere:

celibe/nubile

vedovo/a

separato/a

divorziato/a

coniugato/a con _____

Di essere titolare di pensione _____ Categoria _____ dell'importo di

€ _____ vanno indicate tutte le pensioni percepite : es. vecchiaia, invalidità, reversibilità, pensioni di guerra, assegni vitalizi, rendite anche se erogate da stati esteri, pensioni sociali, indennità di accompagnamento

Che i componenti del nucleo familiare del beneficiario sono:

COGNOME E NOME	GRADO PARENTELA	ETA'	PROFESSIONE	LUOGO DI RESIDENZA

Allegati:

- D.S.U. (Dichiarazione Sostitutiva Unica) corredata da attestazione ISEE, in corso di validità;
- Dichiarazione del medico curante (allegato A);
- Fotocopia del documento di identità e C.F.;
- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni del nucleo convivente con l'utente.

Il sottoscritto si impegna, ove dovuto, a compartecipare al costo del servizio ai sensi della normativa vigente che dovrà essere versata al Comune capofila.

_____ lì _____

IL RICHIEDENTE/ DICHIARANTE

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dall' articolo 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all' art 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del contributo e che l'eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

_____ lì _____

IL RICHIEDENTE/ DICHIARANTE

Dichiarazione da inserire nell'istanza per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare anziani, redatto e sottoscritto dal medico curante

Si certifica che il/la sig./sig.ra _____

Nato/a _____ il _____ soffre delle seguenti patologie:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____

Si certifica inoltre che le suddette patologie comportano la condizione di :

- non autosufficienza parziale
- non autosufficienza temporanea
- non autosufficienza totale

(luogo e data)

(timbro e firma del medico)