

Decimomannu,

**Al Responsabile del 1° Settore
del Comune di DECIMOMANNU**

Oggetto: Richiesta di attivazione del servizio di assistenza domiciliare.

Il/La sottoscritto/a _____ Nato a _____ il _____

residente in DECIMOMANNU Via _____ n° _____

Telefono _____ Cell. _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

Per se medesimo

Per il proprio familiare sig/ra

(indicare nome e cognome, luogo e data di nascita, residenza, codice fiscale, grado di parentela del beneficiario)
a codesto Ente di poter usufruire del servizio di assistenza domiciliare per le seguenti prestazioni:

- a) igiene dell' ambiente;
- b) igiene biancheria e capi di vestiario;
- c) igiene personale;
- d) mediazione e somministrazione farmaci;
- e) preparazione e somministrazione pasti;
- f) accompagnamento c/o servizi pubblici;
- g) compagnia.

Il/La sottoscritto, ai fini dell'ottenimento del beneficio richiesto, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della legge 4 gennaio 1968 n. 15, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2 della citata legge n. 15/1968 e sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

- di essere nato/a a..... (Prov.....) il
- di essere residente nel Comune di Decimomannu, via.....n.....;
- Codice Fiscale.....;
- che il proprio nucleo familiare si compone come risulta dal seguente prospetto e che ciascuno dei componenti si trova nella condizione professionale e reddituale a fianco di ciascun nominativo indicata:

COGNOME E NOME	NASCITA Luogo e data	Titolo di studio e Professione	Reddito percepito (indicare l'importo complessivamente percepito nele la provenienza: se pensione, pensione di invalidità civile, indennità di accompagnamento, indennità di disoccupazione, reddito da lavoro autonomo o dipendente ...)

N.B. La composizione del nucleo familiare e tutti i dati richiesti nella tabella soprastante, si riferiscono alla persona per cui si richiede l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare.

- che la casa di abitazione è di proprietà
 - che la casa di abitazione è in affitto con il seguente canone mensile
 - che i componenti il nucleo familiare hanno la proprietà dei seguenti immobili e/o mobili (terreni, autoveicoli, specificare l'anno di immatricolazione e il tipo)
 - che da parte di altri Enti e Istituzioni ovvero di parenti o affini tenuti agli alimenti gli viene erogata la seguente assistenza
-
-
-
-
-
-
-

Il sottoscritto **DICHIARA INOLTRE** :

- di essere a conoscenza delle condizioni di accesso al servizio, in relazione anche al pagamento della quota di contribuzione;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione al suo stato di bisogno.

Lo scrivente autorizza l'Ente all'utilizzo dei propri dati ai sensi del D.lgs n. 196/2003, nell'ambito di quanto necessario all'espletamento della pratica.

In attesa di un positivo riscontro, porge distinti saluti.

Il/La Dichiarante

.....
(firma per esteso e leggibile)

Si allega alla presente:

- *certificazione medica attestante particolari patologie sanitarie, se ritenuta utile ai fini della valutazione del bisogno;*
- *dichiarazione dei redditi dell'anno precedente, relativa a tutti i componenti il nucleo familiare*

RISERVATO ALL'UFFICIO

Data di avvio del servizio.....

<i>Anno</i>	<i>Totale reddito</i>	<i>numero componenti</i>	<i>inquadramento fascia</i>	<i>quota di contribuzione</i>	<i>ore di assistenza settimanali</i>	<i>data di compilazione e firma</i>

Cessazione del servizio.....

Causa.....