

**AL SIGNOR SINDACO
COMUNE DI VALDERICE**

**SETTORE POLITICHE SOCIALI
SEDE**

OGGETTO: RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE PER DISABILI GRAVI

<p>RICHIEDENTE</p> <p>___ l ___ sottoscritt _____ nato a _____</p> <p>il _____ e residente a Valderice in Via _____</p> <p>_____ N° _____ domiciliato in Via _____ Comune</p> <p>di _____ recapito telefonico _____</p>

<p>BENEFICIARIO</p> <p>Indicare il tipo di relazione tra il richiedente e il beneficiario _____</p> <p>cognome e nome _____</p> <p>nato a _____ residente a _____</p> <p>in Via _____ e domiciliato in Via _____</p> <p>Comune di _____ recapito telefonico _____</p> <p>Altri recapiti telefonici _____</p>
--

CHIEDE

Di poter beneficiare del **Servizio di Assistenza Domiciliare per disabili gravi**, previsto dal Piano di Zona del Distretto D 50 - L. 328/00, ed in particolare delle seguenti prestazioni:

- Aiuto per l'igiene e cura della persona;
- Aiuto per il governo e l'igiene dell'alloggio;
- Preparazione dei pasti;
- Lavaggio e stiratura biancheria;
- Disbrigo pratiche varie;

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 28 dicembre 2000, N° 445, recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, dichiara quanto segue:

- **il nucleo di convivenza del beneficiario è composto da:**

rapporto parentela	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di Nascita

di non avere figli;

di avere N _____ figli;

DI RICEVERE DA PARTE DI PERSONE CONVIVENTI ASSISTENZA:

giornaliera parziale totale

occasionale,

di non ricevere alcuna forma di assistenza;

DI RICEVERE DA PARTE DI PERSONE NON CONVIVENTI ASSISTENZA:

giornaliera parziale totale

occasionale,

di non ricevere alcuna forma di assistenza;

DI AVVALERSI DI PERSONALE PRIVATO IN MODO:

giornaliera parziale totale

occasionale,

di non ricevere alcuna forma di assistenza;

DI PERCEPIRE INDENNITA' ECONOMICHE (indennità di accompagnamento, di frequenza, etc.) _____

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente, ogni variazione riguardante la propria condizione reddituale, il proprio stato di salute, la propria condizione familiare.

Si allega alla presente:

- Fotocopia del documento di riconoscimento;
- Riconoscimento della condizione di soggetto portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi della L. 104/92 o per le situazioni di gravità recente, per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni, dovrà essere prodotto certificato del medico di medicina generale o del pediatra, attestante le condizioni di non autosufficienza, corredato della copia dell'istanza di riconoscimento della legge 104/92.
- Attestazione ISEE ai sensi del D.L. n° 109 del 31 marzo 1998 riferito all'anno fiscale in corso.

Si autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili per l'adesione al servizio in oggetto, ai fini della legge 196/2003.

Valderice, li _____

IL RICHIEDENTE