

**allegato b) ( modello di domanda da presentare entro il 30 settembre 2015)**

**All' Ufficio di Servizio Socialio del Comune di \_\_\_\_\_  
facente parte del Distretto Socio Sanitario D1 Agrigento**

**Oggetto : Richiesta di ammissione al servizio di assistenza domiciliare anziani.**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato in \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ a nome proprio

*oppure*

in qualità di ( grado di parentela) \_\_\_\_\_ in nome e per conto del/la  
sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nata \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_.

**CHIEDO**

**L'ammissione alle prestazioni fornite dal " Servizio di assistenza domiciliare anziani", per un  
interento relativo a:**

igiene e cura della persona

governo ed igiene dell'alloggio

preparazione di pasti caldi a domicilio

servizio lavanderia a domicilio

disbrigo pratiche varie, quali autorizzazioni per richieste mediche, esenzioni ticket su farmaci ed esami  
clinici, richiesta contributi, commissioni varie

**A tal fine dichiarano**

1. di avere preso visione dell'avviso del Servizio di assistenza domiciliare
2. di essere consapevole, in particolare che il servizio viene erogato su valutazione dell'Assistente sociale responsabile del servizio e che, nel caso in cui il reddito posseduto asuperi il limite stabilito dalla normativa vigente per la gratuità è possibile usufruire, partecipando al costo del servizio, pagando una quota che è proporzionale al reddito percepito, calcolata sulla base della documentazione prodotta. Il servizio è gratuito per gli anziani che non superano il limite stabilito annualmente per l'accesso gratuito al servizio.
3. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune ogni evento che determini ogni evento che determini qualche variazione del diritto all'attribuzione del beneficio.

**PER LA VALUTAZIONE E L'ACCOGLIMENTO DELLA RICHIESTA ALLEGO:**

- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità della persona per cui si chiede il beneficio (**obbligatorio**);
- certificazione ISE del nucleo familiare convivente con l'utente, anno 2015, relativa al reddito prodotto nell'anno 2014 (**obbligatorio**);
- certificato di invalidità civile (**se riconosciuto invalido civile**);
- attestazione di handicap, ai sensi della legge 104/92 (**se riconosciuto portatore di handicap**);
- ogni altra documentazione ritenuta utile per una corretta valutazione dei bisogni dell'utente.

**DICHIARO**, infine, di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 ( codice in materia di protezione dei dati personali) che il conferimento dei dati sopra richiesti è obbligatorio ai fini dell'avvio del procedimento in oggetto e a tal fine autorizza il trattamento dei dati personali per I fini istituzionali dell'Ente.

...../.....2015

In fede

**allegare fotocopia di un documento valido di identità del firmatario.**