

( da presentare entro il 22-08-2016)

**AREA OMOGENEA DISTRETTUALE  
AOD 1 (AGRIGENTO, ARAGONA, FAVARA, RAFFADALI)**

Al Sig. Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

Ufficio Servizi Sociali  
Per il tramite del servizio protocollo generale

Oggetto: Richiesta assegno di cura – PdZ 2013/2015

**Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n° 445**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente \_\_\_\_\_ in via /piazza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**Consapevole delle responsabilità penali e civili ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n°445 per  
falsità e dichiarazioni mendaci**

Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato è presente e convivente, per vincolo di  
parentela (MADRE, PADRE, FRATELLO, CONIUGE, FIGLIO) \_\_\_\_\_

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Disabile grave in condizione di parziale/totale non autosufficienza che necessita di prestazioni di  
cura, assistenza ed aiuto personale in relazione alle condizioni vissute di non autonomia , anche di  
natura sanitaria.

## CHIEDE

### L' 'Assegno di cura' per la seguente prestazione:

- Area Assistenziale, articolata in: presa in carico, servizio di assistenza domiciliare, servizio di accompagnamento, assistenza all'autonomia e alla comunicazione ASACOM.
- Area Riabilitativa, articolata in: servizi di fisioterapia, servizi di logopedia, servizio di riabilitazione socio relazionale.
- Area Socio-Ricreativa, articolata in : attività ludico-ricreativa e di animazione, attività grafico-pittoriche, cineforum,attività sportiva.

### A tal fine dichiara:

- di aver preso visione dell'avviso dell'assegno di cura
  - di essere consapevole che l'assegno sarà erogato su valutazione (UVD) e del servizio sociale professionale Comunale
  - di essere consapevole di quanto previsto nell'avviso in ordine ai criteri di priorità
  - di non fruire di altri servizi erogati da questo Comune
  - di fruire di altri servizi erogati da questo Comune e precisamente
- 
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente e per iscritto a questo Comune ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, reddituali, nonché eventuali rinunce al servizio o motivi che determinano la sospensione temporanea.

### Per la valutazione e l'accoglimento della richiesta si allega:

- Fotocopia del verbale di accertamento dell'Handicap ai sensi della legge 104/92, art.3 comma 1 o art.3 comma 3 con relativa diagnosi.
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del disabile.
- Indicatore situazione economica equivalente (ISEE relativo all'anno reddituale 2015 e in corso di validità)

**Composizione del nucleo familiare.**

	Cognome e Nome	Rapporto familiare	Nato	Data di nascita	Convivente	
					Si	No
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Il Sottoscritto dichiara altresì:

- di impegnarsi a non assumere con contratto professionisti legati da vincoli di parentela o appartenenti al proprio nucleo familiare
- di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia
- di essere a conoscenza che in relazione alla ratio normativa dell'intervento, il beneficio presuppone lo stato in vita del soggetto in favore del quale viene concesso e pertanto decade dalla data del decesso del beneficiario
- di avere preso visione dell'avviso pubblico e di accettare tutte le prescrizioni ivi contenute
- di essere a conoscenza che l'istanza, potrà essere sottoposta ad accertamenti fiscali anche tramite l'ausilio della Guardia di Finanza
- Inoltre autorizza l'AOD 1 all'uso dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal D. Lgs 196/2003, che verranno utilizzati esclusivamente alle finalità di cui alla presente istanza.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_