


**Amministrazione destinataria**

Comune di Loreto

**Ufficio destinatario**

Settore S6 - Servizi

**Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare**
**Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Interno	Scala
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Piano	SNC
				<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
				CAP	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				Posta elettronica certificata	
				<input type="text"/>	

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**
*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

- per sé stesso  
 in qualità di  
 marito/moglie  
 figlio/figlia  
 nipote  
 genero/nuora  
 altro

Specificare

**del signor**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Interno	Scala
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Piano	SNC
				<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
				CAP	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				Posta elettronica certificata	
				<input type="text"/>	

l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare per

- adulti disabili (19-64 anni)
- anziani (dal 65esimo anno d'età)

### con le seguenti prestazioni

#### Prestazioni

- igiene personale
- spesa e commissioni
- sostegno e compagnia
- assistenza farmacologica
- cura biancheria
- riordino alloggio e attività domestiche
- preparazione e/o somministrazione pasti
- deambulazione e mobilizzazione
- accompagnamento esterno
- altro

Specificare

### per il seguente numero di ore settimanali

Numero di ore settimanali

### distribuite nei seguenti giorni

#### Giorni

- lunedì

Fascia oraria

- martedì

Fascia oraria

- mercoledì

Fascia oraria

- giovedì

Fascia oraria

- venerdì

Fascia oraria

- sabato

Fascia oraria

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, in nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Professione (**)

**Grado di parentela (\*)**

adottato, bisnonno/bisnonna, cognato/cognata, convivente con vincoli di adozione affettivi, convivente in convivenza non affettiva, cugino/cugina, figliastro/figliastro, figlio/figlia, fratellastro/sorellastra, fratello/sorella, genero/nuora, intestatario, marito/moglie, nipote, nipote (collaterale), nipote (discendente), non definito/comunicato, nonno/nonna, padre/madre, patrigno/matrigna, pronipote (discendente), responsabile della convivenza non affettiva, suocero/suocera, tutore, unito civilmente, altro affine, altro parente

**Professione (\*\*)**

imprenditore libero professionista, dirigente impiegato, lavoratore in proprio, operaio e assimilati, coadiuvante, casalinga, studente, disoccupato/in cerca di prima occupazione, pensionato/ritirato dal lavoro, altra condizione non professionale

che il destinatario dell'intervento è

- persona ultrasessantacinquenne non autosufficiente
- persona con disabilità ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104

**Specificare la condizione di disabilità**

- invalido civile
- Specificare percentuale invalidità**

**DICHIARA INOLTRE**

che l'ISEE relativo alla situazione economica del nucleo familiare del destinatario dell'intervento è il seguente (\*)

**Importo**

€

di essere a conoscenza che, in caso di mancata presentazione della certificazione ISEE, verrà applicata la quota massima di contribuzione prevista

che il destinatario dell'intervento usufruisce di altre forme di assistenza quali

- assistenza domiciliare da parte della ASL per

**Descrizione**

- altro

**Indicare ente/servizio di riferimento**

che il destinatario dell'intervento si trova in una delle seguenti condizioni

- vive solo e non ha nessuno che si può occupare della sua assistenza
- vive con familiari che non possono assisterlo

che i dati relativi al Medico di Base del destinatario dell'intervento sono i seguenti

**Nominativo**

**Telefono**

- di essere consapevole che l'attivazione del servizio sarà subordinata a specifica valutazione del caso da parte dell'Assistente Sociale del Comune
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Amministrazione comunale eventuali cambiamenti delle condizioni sopraindicate

*(\*) sono previste tariffe di compartecipazione alla spesa a carico dell'utente, determinata dal valore ISEE e dalla fascia di contribuzione di appartenenza*

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)**

#### **Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- certificazione attestante la condizione di disabilità
- copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

#### **Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.