Al Sig. Sindaco del

Comune di Rometta

c/o il Servizio Sociale

Piazza Margherita

ROMETTA

Oggetto: Richiesta ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

Il sottoscritto ……………………………………………………………………………………………………….

nato a ………………………………………………..…………. il ……………………………..………………..

residente in …………………………… via ……………………..……………….. Tel……………….…………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Codice Fiscale

1. **CHIEDE**

 se medesimo oppure per

……………………………………………………………………………………………………………………..

nato a ………………………………………………..…………. il ……………………………..………………..

residente in …………………………… via ……………………..……………….. Tel……………….…………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Codice Fiscale

di poter fruire del servizio di “**Assistenza domiciliare anziani**” ed in particolare:

 **AIUTO DOMESTICO**

** ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

 **SOSTEGNO MORALE E PSICOLOGICO**

 **DISBRIGO PRATICHE ED ACCOMPAGNAMENTO:**

 **IGIENE E CURA DELLA PERSONA:**

A tal fine per consentire all’Ufficio Servizi Sociali del Comune di Rometta la valutazione delle condizioni socio-economiche per l’eventuale intervento di sostegno, e consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell’articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445

**D I C H I A R A**

Che il tutore/amministratore di sostegno è il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di percepire le seguenti indennità non soggette ad IRPEF

pensione estera pari a € annui

invalidità civile pari a € annui

indennità di accompagnamento pari a € annui

rendita INAIL pari a € annui

altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pari a € annui

che il reddito ISEE in corso di validità è pari ad €

^^^

Dichiara inoltre che il proprio nucleo familiare si compone come segue:

Nucleo familiare

(dichiarante, componenti della famiglia anagrafica, soggetti considerati a carico ai fini IRPEF)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome** | **Nome** | **Luogo e data di nascita** | **Residenza** | **Rel. parentela** |
| D |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

Informa inoltre che i familiari più prossimi non conviventi (è obbligatoria la compilazione) sono:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome** | **Nome** | **Telefono** | **Residenza** | **Rel. parentela** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

Che il proprio medico curante è il Dott.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Il sottoscritto consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell’articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro di avere compilato il presente modello di richiesta, e che quanto in essi espresso è vero ed è accertabile ai sensi dell’articolo 43 del citato DPR n. 445, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell’articolo 71 del DPR n. 445 del 2000; che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n, 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**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;
* certificazione ISEE del nucleo familiare convivente con l’utente, anno 2021, relativa al reddito prodotto nell’anno 2020;
* certificazione del medico di famiglia attestante la condizione di non autosufficienza e l’eventuale necessità dell’assistenza redatta sull’apposito modulo predisposto;
* eventuale certificato attestante l’invalidità civile o la disabilità ai sensi della legge 104/92;
* eventuale documentazione a supporto delle dichiarazioni rese.

**Si precisa che l’istanza, unitamente ai documenti allegati, deve essere presentata, esclusivamente, presso il Protocollo generale del Comune di Rometta sito in piazza Margherita o presso la sede decentrata di Rometta Marea, Via Mezzasalma.**

Rometta, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_