

all. "A"

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE

Oggetto: PAC ANZIANI 2° RIPARTO - Richiesta per l'accesso al servizio ADI Assistenza Domiciliare Integrata per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrate alle prestazioni prettamente sanitarie erogate dall'ASP, in favore di anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti .

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

in qualità di: beneficiario/a del servizio, residente in \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. fisso

\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;

familiare (specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ beneficiario del

servizio, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. fisso

\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;

altro (specificare) \_\_\_\_\_ del Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_ beneficiario del servizio,

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

residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel.

fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;

CHIEDE

di accedere al servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrate alle prestazioni prettamente sanitarie erogate dall'ASP, in favore di anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti .

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n . 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti degli art.46 e . 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

## DICHIARA

### di essere in carico al servizio ADI

Allega alla presente istanza:

- certificazione sanitaria attestante la condizione di non autosufficienza o disabilità;
- attestazione per l'attivazione delle cure domiciliari **PAC anziani ADI** compilata dal medico curante o dalle altre figure mediche preposte;
- scheda SVAMA;  
attestazione ISEE;
- Fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del beneficiario, in corso di validità.

Ai sensi della D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., consente il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza solo per le procedure necessarie all'erogazione del beneficio richiesto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

all. "B"

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE

Oggetto: PAC ANZIANI 2° RIPARTO - Richiesta per l'accesso al servizio ADA Assistenza Domiciliare per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale, in favore di anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti .

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

in qualità di: beneficiario/a del servizio, residente in \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. fisso

\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;

familiare (specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ beneficiario del

servizio, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. fisso

\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;

altro (specificare) \_\_\_\_\_ del Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_ beneficiario del servizio,

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

residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ùtel.

fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;

CHIEDE

di accedere al servizio ADA (Assistenza Domiciliare Anziani ) per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale in favore di anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti .

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n . 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445;

ai sensi e per gli effetti degli art.46 e . 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di essere/non essere in possesso del riconoscimento di invalidità civile al 100% :

- Con indennità di accompagnamento.           SI           NO  
Allega alla presente istanza:
- Documentazione Sanitaria attestante la non autosufficienza;
- attestazione ISEE;
- Fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del beneficiario, in corso di validità.

Ai sensi della D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., consente il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza solo per le procedure necessarie all'erogazione del beneficio richiesto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_