



Ambito Territoriale N 22

Comune di Somma Vesuviana - Capofila

Comuni di Brusciano, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano

Allegato C

DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI

Ufficio Servizi Sociali

Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

C.F. _____ Cittadinanza _____

Tel. _____ E-mail _____

CHIEDE

per se stesso

o nella qualità di figlio/a, tutore, curatore, altro (specificare) _____

_____ per _____ conto _____ del/della _____ Sig./Sig.ra

_____ nato/a _____ a _____

_____, il _____, residente in _____

_____ all'indirizzo _____

C. F. _____

Recapito telefonico fisso e/o mobile _____

di usufruire del Servizio di **Assistenza Domiciliare Disabili**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n.445 del 28/02/2000 e smi.

DICHIARA

1) Di essere in possesso dei requisiti richiesti di cui all'Avviso Pubblico, nello specifico:

CONDIZIONI FAMILIARI

Disabile che vive solo senza rete parentale	
Disabile con rete parentale residenti fuori dal Comune	
Disabile con rete parentale presente nel Comune	
Disabile con rete parentale convivente	

CONDIZIONE ECONOMICA

I.S.E.E. del nucleo familiare	
DA € 0,00 A € 5.000,00	



Ambito Territoriale N 22

Comune di Somma Vesuviana - Capofila

Comuni di Brusciانو, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano

DA €5.000,01 A € 10.000,00	
DA € 10.000,01 A €15.000,00	
DA € 15.000,01 A € 20.000,00	
Da € 20.000,01 a 34.122,27	

GRADO DI DISABILITÀ

l. 104/92 art. 3, comma 3	
l. 104/92 art. 3, comma 1	
Indennità di accompagnamento dal 74% al 100%	

Allegati

- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario se persona differente;
- attestazione ISEE ordinario rilasciata ai sensi della vigente normativa (*in caso di mancata presentazione la domanda sarà ritenuta valida, ma non sarà attribuito alcun punteggio come previsto dal seguente articolo 5*);
- certificazione sanitaria ai sensi dell'Art. 3 Legge 104/92 ovvero Decreto di invalidità (*in caso di mancata presentazione la domanda sarà ritenuta valida, ma non sarà attribuito alcun punteggio come previsto dall'Art. 5 dell'Avviso Pubblico*);
- Stato di famiglia del richiedente (*in caso di mancata presentazione la domanda sarà ritenuta valida, ma non sarà attribuito alcun punteggio come previsto dall'Art. 5 dell'Avviso Pubblico*)

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi del Regolamento U.E. n. 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del contributo e che l'eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

Firma