



Comune di Catania



Comune di Misterbianco



Comune di Motta Santa Anastasia

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 16 CATANIA - MISTERBIANCO - MOTTA S. ANASTASIA

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D16

Comune di

L Sottoscritt Cognome _____ Nome _____

Nat_ _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____ Tel _____ C.F. _____

-

in qualità di _____ (indicare il grado di parentela/tutore) _____

del sig/ra/ minore Cognome _____ Nome _____

Nat_ _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____ Tel _____ C.F. _____

CHIEDE

● **L'AMMISSIONE ALLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI-ADH- (PIANO DI ZONA 2013/15 E SUCCESSIVA INTEGRAZIONE)**

- Aiuto domestico (riordino e pulizia della casa)
- Aiuto per l'igiene e cura della persona
- Riordino di indumenti e biancheria
- Preparazione alimentazione e assunzione dei pasti
- Sostegno psicologico

- Disbrigo pratiche
- Accompagnamento per visite mediche o finalizzato alla partecipazione a manifestazioni di carattere socio-ricreativo-culturale e religioso.

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

- che il proprio nucleo familiare è residente in via.....n..... ed è così composto :

	COGNOME E NOME	RAPPORTO FAMILIARE	LUOGO E DATA DI NASCITA
	dichiarante		

- che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata)

- è un soggetto in condizione di disabilità riconosciuto ai sensi della L.104/92 art.3 comma 3
- non usufruisce di altri servizi domiciliari
- usufruisce di altri servizi domiciliari _____
- usufruisce di altri servizi /benefici di assistenza pubblica erogati da _____
- il valore ISEE Sociosanitario in corso di validità, è pari a € _____ di essere consapevole che superando la soglia di € 25.000,00, dovrà versare la quota di compartecipazione nella misura e nei termini previsti dalle vigenti disposizioni di legge presso la tesoreria comunale del comune di Catania (capofila del Distretto 16). -.

Preso atto dell' elenco degli Enti accreditati per l' erogazione delle prestazioni socio-assistenziali e dei servizi aggiuntivi e migliorativi offerti da ciascun Ente sceglie: _____

Si impegna a comunicare per iscritto ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, nonché eventuali rinunce o sospensioni temporanee.

allega i seguenti documenti:

- ❑ Copia fotostatica fronte retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente.
- ❑ Certificato attestante le condizioni di handicap grave ai sensi della L.104/92 art.3 comma3
- ❑ Attestazione ISEE Sociosanitario relativa al reddito prodotto nell'anno 2020 con allegata Dichiarazione Sostitutiva Unica, DSU, sottoscritta dal dichiarante.

- ❑ **Si autorizza l'Ufficio al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e D.Lgs. n.51/2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai fini istituzionali dell'Ente e per l'avvio del procedimento in oggetto .**

...../...../2021

FIRMA

.....

ISTANZA PRESENTATA DA.....

Vincolo di parentelanato/a..... prov.....

ilresidente a prov.

Via n.tel.....

C.F.

CATANIA

FIRMA

.....

(Allegare copia fotostatica di un documento d'identità del firmatario)