

- Legge 8 novembre 2000, n. 328 -

(Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

AMBITO TERRITORIALE C10 - MONDRAGONE COMUNE CAPOFILA



Comune di Canello ed Arnone



Comune di Carinola



Comune di Castel Volturno



Comune di Falciano del M.



Comune di Mondragone

MODELLO B

DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE (S.A.D.) DISABILI RESIDENTI NEI COMUNI AFFERENTI ALL'AMBITO C10, IN CONDIZIONI DI BISOGNO O DI DIFFICOLTÀ, APPARTENENTI A NUCLEI FAMILIARI PERCETTORI DI REDDITO DI CITTADINANZA O PRESI IN CARICO DAI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALMENTE COMPETENTI.

Spett.le Ambito Territoriale C10

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

C.F. _____ Tel _____

Indirizzo mail _____

In qualità di:

Richiedente del servizio

Familiare del richiedente del servizio

Tutore/Amministratore di sostegno del servizio

Del Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

C.F. _____ Tel. _____

CHIEDE

L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE (SAD) PER I CITTADINI DISABILI RESIDENTI NEI COMUNI AFFERENTI ALL'AMBITO C10, IN CONDIZIONI DI BISOGNO O DI DIFFICOLTÀ, APPARTENENTI A NUCLEI FAMILIARI PERCETTORI DI REDDITO DI CITTADINANZA O PRESI IN CARICO DAI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALMENTE COMPETENTI.

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del Testo Unico emanato con DPR 28/12/2020 n. 445, consapevole del fatto che agli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

1.Che il nucleo familiare del richiedente, come da scheda anagrafica, è così composta:

NOME COGNOME	E	DATA DI NASCITA	RAPPORTO PARENTELA	DI	RESIDENZA

2.Che il richiedente si trova nelle seguente condizione di salute (barrare la casella interessata)

CONDIZIONI DI DISABILITA'	
<u>Art. 3 co.3 e/o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento</u>	
<u>Art. 3 co.1 + invalidità al 100% con indennità di accompagnamento O Invalidità civile dal 67 al 99 %</u>	
<u>Art. 3 co.3 + invalidità al 100% senza indennità di Accompagnamento O Invalidità civile al 100% senza indennità di accompagnamento</u>	
<u>Art.3 co.1 + invalidità al 100% senza indennità di accompagnamento O Invalidità civile dal 67 al 100% senza indennità di accompagnamento</u>	

3.Che il richiedente si trova nelle seguente condizione familiare (barrare la casella interessata):

CONDIZIONI CONTESTO FAMILIARE	
--------------------------------------	--

DISABILE CHE VIVE DA SOLO	
DISABILE CHE VIVE SOLO CON ALTRI DISABILI	
DISABILE CHE VIVE CON ALTRI DISABILI E PERSONE AUTOSUFFICIENTI	
DISABILE CHE VIVE CON UN SUPPORTO FAMILIARE (genitore, parenti e/o Amministratori e/o tutori)	

4. Che la fascia di reddito ISEE del richiedente è la seguente (barrare la casella interessata):

REQUISITO	
ISEE inferiore a € 5.000	
ISEE € 5.001 - € 10.000	
ISEE € 10.001 - € 15.000	
ISEE € 15.000	
ISEE superiore a € 15.000 (€ 15.000,01)	

6. Che il richiedente (barrare la casella interessata):

- non usufruisce di altri servizi;
- E' percettore di Reddito di Cittadinanza o appartiene ad un nucleo familiare percettore di reddito di cittadinanza;
- E' preso in carico dai servizi sociali territorialmente competenti;
- usufruisce di altri servizi:

(Specificare _____)

Allega alla presente domanda:

- Certificazione ISEE in corso di validità, del nucleo familiare del beneficiario;
- Certificazione ISEE nucleo ristretto, laddove previsto in corso di validità;
- Certificato di invalidità civile;
- Certificato di handicap ai sensi della Legge 104/92;
- Copia documento d'identità del richiedente in corso di validità, e copia documento d'identità di colui che presenta istanza, se diverso dal richiedente;

- Ulteriore documentazione ritenuta finalizzata alla corretta valutazione sanitaria e sociale (specificare) _____

Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Data _____

Firma del beneficiario o del familiare/AdS/Tutore

Informativa sulla privacy

Ai sensi del Codice sulla privacy, D.Lgs. n. 196/2003, e ss. mm. ii., si informano i richiedenti il servizio che i dati personali forniti sono raccolti esclusivamente per la procedura di cui al presente avviso.

Data _____

Firma del beneficiario o del familiare/AdS/Tutore
