

Modello di Domanda

OGGETTO: istanza di ammissione alla graduatoria inerente il servizio di assistenza domiciliare del P.d.Z. 2013/2015.

**Al Distretto SS51
c/o il Comune di Pantelleria
Ufficio di Servizio Sociale**

Soggetto richiedente

Il/La Sottoscritt _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, dichiara di essere:

nat__ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

e in qualità di beneficiario o di familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo)

CHIEDE

PER IL Soggetto beneficiario (da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)

IL/la _____ Sig./ra

nat__ a _____ il

residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel.

cell. _____ e-mail

di ammissione alla graduatoria inerente il 'servizio di assistenza domiciliare' del P.d.Z. 2013/2015.

A TAL FINE DICHIARA

- 1) Di essere residente nel Comune di Pantelleria;
- 2) Di essere in condizioni di parziale o non autosufficienza, temporanea o definitiva, senza idoneo supporto familiare.
- 3) Di aver preso cognizione di quanto stabilito nell'avviso pubblico e di non aver nulla a pretendere nel caso in cui non dovesse accedere alle prestazioni richieste;
- 4) (segnare con una croce) Di essere o non essere percettore dell'Assegno di Cura per i disabili gravissimi erogato dall'ASP.

Allega alla presente

A) Certificato medico attestante lo stato di salute dell'anziano e la sussistenza **di condizioni di parziale o non autosufficienza, temporanea o definitiva** oltre che, per l'attribuzione del relativo punteggio, la sussistenza di eventuali parametri:

- se le condizioni di "vista" sono parziali;
- se vi è cecità;
- se le condizioni uditive sono parziali;
- se vi è sordità;
- se la deambulazione è parziale;
- se è impedito nella deambulazione.
- se è sottoposto a terapia farmacologia in forma continuativa;
- se è sottoposto a terapia farmacologia in forma temporanea.
- se è sottoposto a altre forme di terapia a pagamento;
- se vive con coniuge autosufficiente;
- se vive con coniuge parzialmente autosufficiente;
- se vive con coniuge non autosufficiente;
- se vive con altro familiare autosufficiente;
- se vive con altro familiare parzialmente autosufficiente;
- se vive con altro familiare non autosufficiente;
- se la condizione psicologica è mediocre;
- se la condizione psicologica è precaria.

b) Modello ISEE in corso di validità;

c) Fotocopia documento di riconoscimento del richiedente e/o del beneficiario;

d) Eventuale certificato di invalidità rilasciato da apposita Commissione Medica dell'ASP o riconosciuto ai sensi della Legge n. 104/92;

e) Ogni altro documento utile alla determinazione dello stato di bisogno (certificati medici specialistici, atto notorio, ecc.);

f) consenso al trattamento dati.

Il Richiedente _____

