

**ISTANZA PER ACCESSO ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE
(S.A.D)**

*Al Comune di Mazzarrone
Ai Servizi Sociali*

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

CF _____

RESIDENTE A MAZZARRONE IN VIA _____

N° _____ TEL. _____; CELL _____;

CHIEDE

PER SÉ STESSO

PER IL PROPRIO FAMILIARE:

NOME _____

COGNOME _____

NATO/A _____ A _____ IL _____

CF _____

RESIDENTE A MAZZARRONE IN VIA _____

N° _____ TEL. _____; CELL _____;

Di essere ammesso alle prestazioni del servizio di assistenza domiciliare disabili

DICHIARA

- Di essere in possesso di certificazione invalidità civile del 100%
- Di essere in possesso di certificazione sanitaria comprovante lo stato di non autosufficienza e disabilità ai sensi della L.n.104/92 art. 3 comma 1 / art. 3 comma 3.
- Di non essere beneficiario di assegno di cura (disabilità gravissima);
- Di non usufruire di servizi semiresidenziali e/o residenziali;
- Di non usufruire di altri servizi domiciliari;
- Di essere consapevole che superando la soglia ISEE prevista per l'accesso al servizio potrà essere ammesso previa compartecipazione.

- Di essere a conoscenza delle sanzioni penali in caso di false dichiarazioni;
- Che in caso di ammissioni al servizio richiesto, verranno eseguiti controlli per accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- Che comunicherà per iscritto ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, nonché eventuali rinunce o sospensioni temporanee.

Allega i seguenti documenti:

- ❑ Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- ❑ Attestazione ISEE corrente del nucleo familiare del beneficiario da ammettere al servizio;
- ❑ Copia di verbale attestante la situazione di disabilità ai sensi della L.104/92.art.

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità previste dalla normativa in vigore.

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e Data

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

*Al Comune di Mazzarrone
Ai Servizi Sociali*

OGGETTO: Servizio di Assistenza Domiciliare - Scelta cooperativa accreditata.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____ CF: _____

Residente a Mazzarrone in via _____ n° _____ tel. _____

In riferimento al servizio di cui in oggetto, con la presente

INDICA

la seguente Cooperativa Sociale accreditata all'Albo per l'erogazione di servizi e prestazioni assistenziali domiciliari:

Coop.sociale _____ (inserire nome della cooperativa) –
Via _____, cap. _____, Città _____ decreto di
iscrizione n. _____, Albo n. _____

MAZZARRONE

FIRMA

N.B.: Allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.