

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANNO _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

(Prov. Di _____), residente a Selargius, Via/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

CHIEDE

DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

- Se stesso/a
- Per il seguente familiare: _____ (grado di parentela)
Cognome e nome _____
Codice fiscale _____, nato/a _____
Il _____ stato civile _____, residente a
SELARGIUS, in via _____ n. _____, tel. _____

A TAL FINE

Avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 " Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

DICHIARA CHE

Il proprio nucleo familiare è così composto:

COGNOME	NOME	GRADO DI PARENTELA

-Le risorse economiche complessive del proprio nucleo familiare si compongono dei seguenti proventi:

TIPOLOGIA	ANNO _____
REDDITO ISEE (come risulta da documento allegato)	€
PENSIONE (specificare) _____	€
INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO	€
ALTRI REDDITI (specificare) _____	€

○ DICHIARA ALTRESI'

- Che non esistono in vita familiari con obbligo alimentare nei confronti dell'interessato, ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile o non sono in grado di provvedere;
-
- Di impegnarsi a rendere tempestiva comunicazione al Responsabile del Servizio Sociale del Comune su ogni variazione avvenuta rispetto a quanto sopra dichiarato;
-
- Di essere a conoscenza del fatto che, trattandosi di un servizio a domanda individuale, è prevista la contribuzione al costo orario in base alle fasce di reddito individuate dal PLUS 21.

Data _____

FIRMA

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- DOCUMENTO DI IDENTITA' E CODICE FISCALE
- CERTIFICAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITA'
- VERBALE DI INVALIDITA' CIVILE O IN ASSENZA CERTIFICAZIONE MEDICA
- VERBALE L.104/92 SE PRESENTE