

**AI SIGNOR SINDACO DEL
COMUNE DI GRUMENTO NOVA**

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE.

Il/La sottoscritt _____
Codice Fiscale _____ Nat _____ a _____ il _____

Residente _____ in GRUMENTO NOVA (PZ) in Via _____

TELEFONO/CELLULARE _____

Consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/2000:

CHIEDE

L'erogazione del Servizio di Sostegno a Domicilio per le Persone Anziane in Difficoltà e si impegna al pagamento della quota, in base al proprio reddito ISEE:

Per se stesso

Per il/la Sig./ra _____ C.F. _____

Nat _____ a _____ il _____, residente in
GRUMENTO NOVA (PZ) in Via _____

n. _____ tel _____;

DICHIARA

- Di non possedere beni patrimoniali oltre la casa di abitazione;
- Di accettare la corresponsione dell'eventuale compartecipazione al costo orario per il suddetto intervento, secondo modalità che saranno successivamente comunicate;

Che la composizione del proprio nucleo familiare (art.3 del Regolamento sussidi economici e altri interventi socio assistenziali) è così composto:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	Codice fiscale	Parentela

1. Allega alla presente l'attestazione ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) relativa agli ultimi redditi percepiti ed in corso di validità;
2. Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
3. Informativa e consenso al trattamento dei dati compilati e firmati.

GRUMENTO NOVA, _____

Il/La richiedente

QUADRO A

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV. _____ CAP _____

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

-

MEDICO DI BASE _____ TEL _____

PERSONA DI RIFERIMENTO _____

-

QUADRO B

CONDIZIONI FISICHE (ART.2-REG.A/SAD)

AUTOSUFFICIENTE

NON AUTOSUFFICIENTE

PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE (Inabile comunque a compiere totalmente gli atti quotidiani della vita)

Il costo del servizio per ogni ora di assistenza domiciliare è stabilito in:

EURO 17,43, IVA inclusa.

I cittadini/utenti parteciperanno alla contribuzione, in proporzione al proprio ISEE, nel modo seguente:

FASCIA DI REDDITO	REDDITO ISEE in Euro	Compartecipazione in % a carico dell'utenza sul costo orario	Compartecipazione in Euro a carico dell'utenza sul costo orario
1^	Fino a 4.000,00	ESENTE	ESENTE
2^	Da 4.000,01 a 6.000,00	10	1,74
3^	Da 6.000,01 a 8.000,00	15	2,61
4^	Da 8.000,01 a 10.000,00	20	3,49
5^	Da 10.000,01 a 13.000,00	30	5,22
6^	Da 13.000,01 a 16.000,00	40	6,97
7^	Oltre 16.000,01	100	17,43

La determinazione della quota di contribuzione è effettuata sulla base dell'indicatore della Situazione Economica Equivalente del nucleo familiare, secondo quanto disposto dal Decreto Legislativo 31 marzo 1998 n.109 e successive modifiche e integrazioni.

Fasce di reddito considerate in base all'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (art.14 - Regolamento Sussidi Economici e altri Interventi Socio Assistenziali).

RISERVATO AGLI OPERATORI TECNICI UFFICIO SERVIZI SOCIALI COMUNALI

- VISITA DOMICILIARE EFFETTUATA IN DATA _____
- SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE E DETERMINAZIONE CONDIZIONE GENERALE:
