

RICHIESTA AMMISSIONE SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

Allegato A

Alla Responsabile
Area Servizi Sociali e Culturali
Comune di Mascalucia

____l____ sottoscritt____, nat____a____
il____/____/____ e residente a____ Via____ n____
codice fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ tel.

mail_____**pec**_____
Referente familiare____ tel. _____

CHIEDE

l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare anziani

Art. 9 comma 2 lett. jj) legge regionale n. 3 del 30 Gennaio 2025

- ☐ In qualità di diretto interessato
☐ in qualità di tutore o amministratore di sostegno (allegare nomina)
☐ in qualità di familiare (*indicare grado di parentela*)

(*Inserire dati **del beneficiario** solo se diverso dal richiedente*)

nome e cognome

beneficiario_____

nat____a____ il____/____/____

residente a Mascalucia Via____ n____

codice fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ tel.

mail_____**pec**_____

A tal fine

DICHIARA

- che il beneficiario è residente nel Comune di Mascalucia .
- Ha un'età di _____ anni.

- Che il nucleo familiare è composto per come segue:

n. componenti	Cognome Nome	Data di nascita	Residente a	Codice fiscale	Convi vente Si/No
1. beneficiario					
2.					
3.					
4.					
5.					

- Valore ISEE 2025 del proprio nucleo familiare ammonta a euro _____
- di scegliere tra gli Enti di Terzo settore accreditati presso l'Albo distrettuale la Cooperativa Sociale _____ per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare anziani - Anno 2025.
- **Di essere a conoscenza che il servizio è sottoposto a calcolo di quota di compartecipazione a carico del beneficiario ai sensi del D.A.687/S7, laddove non rientrante nelle fasce di esenzione previste dalla normativa in vigore, e di impegnarsi al rispetto dei regolari pagamenti, comunicati dall'Ufficio di Servizio Sociale a seguito di istruttoria.**

ALLEGA

- ☐ Fotocopia del documento di identità del beneficiario e del richiedente (laddove diverso)
- ☐ Certificazione condizione economica aggiornata (ISEE 2025)
- ☐ eventuale Certificazione di invalidità e/o accertamento della condizione di disabilità ai sensi della L.104/92
- ☐ Altro (specificare)

Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

.....

.....

(Luogo e data)

(firma del richiedente)

Si autorizza il Comune di Mascalucia al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto della normativa a tutela della Privacy ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/93e dell'art. 13 GUPR 679/16.

Mascalucia , _____

Firma _____