

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14
COMUNI DI ACIREALE- ACIBONACCORSI – ACICASTELLO –ACICATENA-
ACI SANT'ANTONIO- SANTA VENERINA – ZAFFERANA ETNEA

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI _____

Oggetto : Piano di zona Legge 328/2000- Progetto assistenza domiciliare ai disabili gravi verso "un dopo di noi" dentro e fuori casa – Anno 2014

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a il ___/___/_____ a _____ residente in _____

Via _____ n° _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

telefono _____

nella qualità di _____ familiare convivente/non convivente
di _____

nat _____ a _____ il _____ residente in _____

Via _____

CHIEDE

di poter usufruire per il Sig. /la sig.ra _____
del servizio di **assistenza domiciliare ai disabili gravi verso un "dopo di noi" dentro e fuori casa**, per l'anno 2014/2015:

- prestazioni di aiuto domestico
- prestazioni di igiene e cura
- prestazioni di accompagnamento, trasporto e disbrigo pratiche

Allega alla presente:

- fotocopia del documento di identità in corso di validità
- Certificazione sanitaria (Mod. A)

Data _____

IL RICHIEDENTE

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati

Progetto assistenza domiciliare ai disabili gravi verso "un dopo di noi" dentro e fuori casa -
Anno 2014/2015

Autocertificazione ai sensi dell' art. 76 DPR n° 445/2000

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a il ___/___/_____ a _____ residente in _____

Via _____ n° _____ nella qualità di familiare _____

del Sig./Sig.ra _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR n° 445/2000)

DICHIARA

1. che Il Sig./sig.ra _____ è residente nel Comune di _____ ed è in possesso della certificazione Legge 104/92 art. 3 comma 3
2. il beneficiario è in possesso/ non è in possesso di Valutazione Multidimensionale rilasciata dall'A.S.P. 3
3. che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA	REL. DI PARENTELA

4. che nel suddetto nucleo familiare sono presenti ulteriori n. _____ portatori di Handicap certificati L.104/92 art. 3 comma 3 o in possesso di invalidità civile non inferiore al 100% come da Verbale Invalidi Civili
5. Che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) relativa ai redditi Anno 2013 del nucleo sopra indicato è di € _____, come da Dichiarazione Sostitutiva Unica in proprio possesso, prot. n..... del rilasciata da
6. che l'abitazione è : in locazione proprietà uso gratuito
 presenta barriere architettoniche
7. che usufruisce non usufruisce di assistenza semiresidenziale
8. che usufruisce non usufruisce cure sanitarie domiciliari a carico dell'A.S.P.3
9. che l'unico familiare presente nel nucleo familiare svolge attività lavorativa
10. di essere a conoscenza che in presenza di altri interventi assistenziali a domicilio dovrà optare per il mantenimento di un solo servizio

_____ li _____

IL DICHIARANTE

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

COMUNI DI ACIREALE- ACIBONACCORSI - ACICASTELLO -ACICATENA-

Progetto assistenza domiciliare ai disabili gravi
verso "un dopo di noi" dentro e fuori casa
Anno 2014/2015

CERTIFICAZIONE SANITARIA

Certifico che il /la Sig. _____
nat ____ a _____ il _____
e residente in _____ Via _____ n. _____
risulta essere:

- incapace di deambulare
- affetto da malattie degenerative/oncologiche/mentali/ altra grave
patologia invalidante _____

_____ li _____

Il Medico Curante
(Timbro e Firma)