



# COMUNITA' DELLA VALLE DEI LAGHI

## SERVIZIO SOCIO ASSISTENZIALE

Via Perli 3 – Vezzano - Tel. 0461-340163

Al Servizio Socio-Assistenziale

Comunità Valle dei Laghi

Piazza Perli, 3 – 38070 VEZZANO

### Domanda per l'accesso agli interventi di assistenza domiciliare

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

cittadino \_\_\_\_\_ Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Fraz. \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ Domiciliato a \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

In qualità di:  Utente  Altro (indicare) \_\_\_\_\_

### CHIEDE

A favore del/la signor/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

cittadino \_\_\_\_\_ Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Fraz. \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ Domiciliato a \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Stato civile:  nubile/celibe  Coniugato/a  Convivente  Vedovo/a

CODICE FISCALE 

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

Titolare di riconoscimento invalidità  si  No Cod. e % \_\_\_\_\_

Titolare di assegno di accompagnamento  si  no

Titolare di assegno di cura  si  no

#### Che siano attivati i seguenti servizi/interventi

- Aiuto domiciliare e di sostegno alla persona
- Fornitura e somministrazione di pasti in mensa nei giorni
- Fornitura e somministrazione di pasti a domicilio nei giorni
- Prestazioni fornite da centri di servizi
- Trasporto (collegato alla frequenza al centro servizi)
- Telesoccorso/Telecontrollo
- Servizi di lavanderia

## ALLO SCOPO DICHIARA

(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO NOTORIO AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze anche penali, in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, e che qualora dal controllo delle dichiarazioni dovesse emergere la loro non veridicità, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**1. Che il proprio nucleo familiare anagrafico, alla data odierna, risulta così composto:**

N.	Cognome e nome	Nato a	Il	Entrate *	
				SI	NO
1					
2					
3					
4					
5					
6					

**2. Che i dati relativi alle entrate del nucleo familiare dell'anno 201\_\_ sono i seguenti:**

Componenti il nucleo	Reddito Imponibile	Imposta netta (Ritenute Irpef)	Addizionale Reg. + Com.
Componente indicato al rigo 1			
Componente indicato al rigo 2			
Componente indicato al rigo 3			
Componente indicato al rigo 4			
Componente indicato al rigo 5			
Componente indicato al rigo 6			

**3. Che gli interessi sui depositi bancari ammontano a € \_\_\_\_\_**

**4. che il/la signor/a \_\_\_\_\_ (appartenente al nucleo familiare) ha beneficiato nel corso dell'anno 201\_\_ delle seguenti entrate non comprese nella tabella di cui sopra:**

- pensione sociale
- assegni provinciali a favore di ciechi civili, sordomuti, invalidi civili, .....
- indennità di accompagnamento
- altre entrate (specificare quali) \_\_\_\_\_

(in alternativa alla compilazione di quanto sopra è possibile presentare le fotocopie della documentazione attestante i redditi percepiti nell'anno 201\_\_\_\_)

**5. che il nucleo familiare ha sostenuto nell'anno 201\_\_ le seguenti spese:**

Tipo di spesa	Totale annuo	
Affitto casa di abitazione		Proprietario (1)
Riscaldamento		(2)
Spese condominiali		(3)
Mutuo edilizio		Istituto di Credito (4)

(1)Indicare il proprietario dell'abitazione con il relativo indirizzo.

(2)Indicare il tipo di riscaldamento (metano, bombole, gasolio, legna ...). Nel caso il riscaldamento non sia a metano, va indicata la spesa media annuale calcolata sugli ultimi tre anni.

(3)Inserire le spese condominiali relative all'ultima gestione indicando se sono comprensive del riscaldamento

(4)Indicare l'Istituto di credito con cui il mutuo è stipulato e la relativa filiale.

Il sottoscritto allega alla domanda i seguenti documenti:

- Certificato attestante le spese per medicinali non erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale e non sostituibili con farmaci generici o alternativi
- altra documentazione o informazione che il richiedente ritenga utile per sostenere la sua richiesta di intervento \_\_\_\_\_
- In alternativa alla compilazione di quanto sopra è possibile presentare le fotocopie della documentazione attestante le spese sostenute nell'anno 201\_\_\_\_.

**6. che nel periodo dal 01.01.201\_\_ alla data odierna:**

- non si sono verificate variazioni significative rispetto al 201\_\_
- si sono verificate le seguenti variazioni significative rispetto al 201\_\_:  
Maggiori o minori entrate \_\_\_\_\_  
Maggiori o minori spese \_\_\_\_\_

**7. che provvederà a comunicare tempestivamente ogni evento che determini una variazione del nucleo stesso.**

**8. di essere a conoscenza che l'amministrazione del Servizio Socio Assistenziale potrà procedere ad idonei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato (ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445);**

**9. dichiara di essere informato che:**

- per i servizi richiesti è prevista una quota di compartecipazione che verrà stabilita secondo le entrate del proprio nucleo familiare di fatto
- la richiesta sarà inserita in una lista di attesa dinamica, basata sull'urgenza e che l'intervento richiesto sarà attivato non appena possibile sulla base della graduatoria vigente, secondo le modalità e le disponibilità del servizio stesso.
- che l'intervento ricopre carattere di temporaneità,
- che sarà predisposto un progetto assistenziale individualizzato soggetto a verifiche periodiche, alla luce delle quali saranno concordate le opportune modifiche.
- che l'intervento attivato NON è sostitutivo degli interventi familiari e NON esonera i familiari dalle responsabilità di legge.

**Prende atto** che l'ente potrà disporre sopralluoghi al fine di valutare le condizioni della persona e dell'ambiente, anche alla luce delle attuali disposizioni in materia di sicurezza del personale dipendente operante a domicilio.

**Dichiara di essere consapevole** che nel caso di difformità l'intervento o il servizio erogati potranno essere sospesi in qualsiasi momento e con effetto immediato. fino al ripristino delle condizioni minime di sicurezza.

**Si impegna**, inoltre a procurarsi gli ausili gratuiti necessari al fine di espletare adeguatamente il servizio richiesto secondo le indicazioni che potranno essere date.

**10. Chiede inoltre che le fatture e comunicazioni siano inviate a**

Beneficiario del servizio

Richiedente il servizio

Altri: Nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

.....  
(Luogo e data)

**NOTA IMPORTANTE DA SOTTOSCRIVERE A CURA DEL RICHIEDENTE:**

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante in corso di validità, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

.....  
(luogo, data)

IL RICHIEDENTE

**Da compilarsi a cura dell'ufficio**

Il sottoscritto..... dipendente del Servizio Socio Assistenziale - Comunità della Valle dei Laghi, ai sensi dell'art. 38 del T.U. in materia di documentazione amministrativa, attesta che la firma in calce alla suesposta dichiarazione:

E' stata apposta in mia presenza dal/la signor/a.....

E' stata consegnata sottoscritta unitamente alla copia del documento di identità che si allega

data.....

(firma del funzionario).....