



Comune di Lariano

Assessorato ai Servizi Sociali



Comune di Velletri

Assessorato ai Servizi Sociali

**Comune di Velletri
Capofila Distretto RMH5
Ufficio di Piano -Via Della Neve, 3
00049 - Velletri**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

Il sottoscritto/a (Cognome e Nome) nato/a il
..... residente a via.....
Tel. e-mail.....
in qualità di:

interessato ad usufruire in proprio del servizio

familiare/tutore/amministratore di sostegno di

(Cognome e Nome) _____ nato/a _____
prov. _____ il _____ residente a _____ prov _____ cap _____
via _____ codice fiscale _____

consapevole che chi usufruirà dell'Assistenza domiciliare in forma diretta non potrà essere destinatario di altre forme di assistenza per lo stesso periodo.

CHIEDE

di partecipare al Progetto di Assistenza domiciliare promosso nel territorio del Distretto RMH5;
A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P. R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

SITUAZIONE FAMILIARE (con riguardo alla composizione del nucleo familiare)

- Persona che vive sola o convivente con altra persona impossibilitata ad assistere;
- Difficoltà logistiche da parte dei familiari conviventi (es. impegno in attività lavorativa) che complicano e ostacolano l'attività di cura, o difficoltà oggettive legate all'eccessivo carico

familiare (presenza di molti minori, o altro familiare con disabilità o bisognoso di cure, o fisicamente troppo deboli per assistere compiutamente), nel gestire la situazione (necessità di assistenza/sorveglianza continua);

- Presenza di familiari conviventi, non in grado di assolvere a tutte le esigenze per impedimenti oggettivi.

SITUAZIONE REDDITUALE NUCLEO FAMILIARE

- ISEE fino ad € 5.000,00
- ISEE da € 5.001,00 ad € 10.000,00
- ISEE da € 10.001,00 ad € 14.000,00
- ISEE > ad € 14.000,01

Si allega alla presente:

- Attestazione ISEE/ISE completa di DSU, aggiornata.
- SI NO Copia del verbale di invalidità;
- SI NO Certificazione Legge 104/92 Art. 3 Comma 3;
- Scheda non autosufficienza regolarmente sottoscritta dal medico di base o medico specialista.

VERRANNO ESCLUSE LE DOMANDE ARRIVATE FUORI TERMINE O NON CORREDATE DALLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016 e della normativa italiana di armonizzazione, desidero informarLa che i dati personali da Lei forniti o in dotazione di questo Ente formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Comune di Velletri per gli adempimenti obbligatori relativamente al procedimento amministrativo di che trattasi.

FIRMA

.....

(Luogo e data)

SCHEDA NON AUTOSUFFICIENZA

Nome _____ Cognome _____

GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA

IGIENE PERSONALE Non autosufficiente
 Necessita di aiuto
 Autosufficiente

VESTIZIONE Non autosufficiente
 Necessita di aiuto
 Autosufficiente

ALIMENTAZIONE Non autosufficiente
 Necessita di aiuto
 Autosufficiente

MOBILITAZIONE IN CASA E ALL'ESTERNO Non autosufficiente
 Necessita di aiuto
 Autosufficiente

ORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE Non orientato
 Parzialmente orientato
 Ben orientato

Patologia _____

Data _____

Timbro e firma
