



COMUNE DI SASSARI

MODULO DOMANDA SERVIZI ASSISTENZA DOMICILIARI ACCREDITATI

Prot. N° _____
del __/__/____

*Al Dirigente del Settore
Politiche Sociali e pari Opportunità
Comune di Sassari*

Il/la sottoscritt _____ nat_ a _____

Il _____ residente a _____ in Via _____ n° _____

circ. n° _____ domiciliat_ a _____ in Via _____ n° _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

per se

in qualità di *incaricato della tutela*, *amministratore di sostegno*, *titolare della potestà genitoriale*

familiare di riferimento (indicare di seguito di seguito il rapporto di) _____

per il/la sig. _____ nat_ a _____

il _____ e residente a _____ in Via _____ n° _____

domiciliat_ a _____ in Via _____ n° _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

l'erogazione del Servizio Domiciliare erogato dal Comune di Sassari per

1. Minori Disabili (0-18 anni)

2. Adulti Disabili (19-64 anni)

3. Anziani (dal compimento del 65° anno di età)

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000

dichiara¹

1. che il destinatario dell'intervento è portatore di **handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92**

Si No

¹Amministrazione Comunale effettuerà **controlli** anche a campione sulle dichiarazioni rilasciate dagli interessati, verificando la veridicità dei dati in esse contenuti. Ferma restando la responsabilità penale, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, si applicherà la **decadenza dai benefici** eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445 del 28.12.2000).



COMUNE DI SASSARI

2. che il destinatario dell'intervento, non è portatore di handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92, **ma è ultrasessantacinquenne non autosufficiente riconosciuto invalido civile dalla competente Commissione Medica della Asl come previsto nel punto 13 del relativo verbale** ² Si No

3. che l'ISEE relativo alla situazione economica dell'anno 2010 del nucleo familiare o del solo destinatario dell'intervento (nel caso *si tratti di persona che versa in una delle condizioni riportate nei precedenti punti 1 e 2*)³, è il seguente. € _____

4. di essere informato sulla condizione che stabilisce, in caso di mancata presentazione della certificazione ISEE, l'applicazione della quota massima di contribuzione prevista a carico del beneficiario dell'intervento, pari al 100% del costo del servizio.

informa

a. che il destinatario dell'intervento usufruisce di altre forme di assistenza quali:

/_/ assistenza domiciliare da parte della ASL per _____

/_/ altro (indicare ente/servizio di riferimento) _____

b. che il destinatario dell'intervento si trova in una delle seguenti condizioni:

/_/ vive solo e non ha nessuno che si può occupare della sua assistenza

/_/ vive con familiari che non possono assisterlo

c. che i dati relativi al Medico di Base del destinatario dell'intervento sono i seguenti:

Nominativo _____ Indirizzo ambulatorio _____ Tel _____

Sassari li ___/___/____

IL DICHIARANTE⁴

² **Punto 13 del verbale: invalido ultra65enne con l'impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e/o con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita**

³ *Ex Dlgs. n. 109/1998 art. 3 comma 2-ter*

⁴ *La firma deve essere apposta alla presenza del funzionario ricevente la dichiarazione, ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax o a mezzo posta.*



COMUNE DI SASSARI

Si autorizza ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della L.675/96, il trattamento dei dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Sassari li ___/___/_____

IL DICHIARANTE

Allega alla presente:

- Dichiarazione ISEE del nucleo familiare o del solo destinatario del servizio (vedi punto 3)
- Copia del certificato che attesti l'handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 o, per gli ultrasessantacinquenni, qualora non siano in possesso del suddetto requisito, copia del verbale rilasciato dalla Commissione Medica per l'accertamento dell'Invalidità Civile che attesti la condizione di non autosufficienza.
- Copia, se in possesso, di documentazione sanitaria recente attestante la patologia e le condizioni psico-fisiche in cui la persona si trova.