

**OGGETTO:** Richiesta per il servizio di assistenza domiciliare per disabili gravi di età tra 16 e 30 anni compresi, residenti o domiciliati nei Comuni del Distretto.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

**CHIEDE**

l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare in favore di (compilare solo se trattasi di persona diversa dal richiedente):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ codice fiscale  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono  
\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

A tal fine, informato/a che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi, sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita di benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA CHE**

l'aspirante beneficiario ha un'età compresa tra:

- 16 e 20 anni
- 21 e 30 anni

l'aspirante beneficiario si trova nella seguente situazione familiare:

- Disabile convivente con tre o più familiari
- Disabile convivente con due familiari
- Disabile convivente con un familiare
- Disabile convivente soltanto con familiari ultrasessantacinquenni

l'aspirante beneficiario si trova nel seguente contesto familiare:

- Presenza di un familiare disabile grave oltre al richiedente
- Presenza di più familiari disabili gravi oltre al richiedente

l'aspirante beneficiario si trova nella seguente situazione economica:

- percepisce indennità di accompagnamento;
- NON percepisce indennità di accompagnamento;

L' ISEE risultante dall'allegata attestazione in corso di validità è pari ad € \_\_\_\_\_

Dichiara altresì

- di non percepire assegno di cura per disabilità gravissima
- di non usufruire di servizi analoghi e/o altri benefici erogati da Enti pubblici

Allega:

- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente
- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario (se diverso)
- Attestazione ISEE in corso di validità
- Copia del verbale attestante la situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992
- Copia di verbali attestanti la presenza di disabili all'interno del nucleo familiare
- Altra documentazione ritenuta utile per una corretta valutazione dei bisogni della persona per cui si richiede il servizio (specificare) \_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato/a, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza:

- saranno trattati esclusivamente in funzione e per i fini della richiesta medesima, conservati presso le sedi competenti;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento Europeo.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/la sottoscritto/a autorizza il Distretto socio-sanitario 17, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa al servizio in oggetto.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_