



## COMUNE DI SACROFANO

All'Ufficio Servizi Sociali  
del Comune di Sacrofano

### OGGETTO: Richiesta di assistenza domiciliare per anziani.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

### CHIEDE

in qualità di familiare del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di Sacrofano in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_;

di essere ammess\_\_ al beneficio dell'assistenza domiciliare trovandosi il/la Sig./ra nelle condizioni di:

- incapacità di provvedere a se stesso;
- insufficienza del reddito per il soddisfacimento delle primarie esigenze di vita.

Il/La sottoscritto/a consapevole delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite e che la non veridicità della dichiarazione comporta la decadenza del beneficio,

### DICHIARA

- che la situazione economica del nucleo familiare relativa all'anno solare e d'imposta \_\_\_\_\_ è quella indicata nella dichiarazione sostitutiva unica allegata;
- che il valore ISEE del nucleo familiare è di euro \_\_\_\_\_;

- che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ è affetto/a da

\_\_\_\_\_ ;  
con riconoscimento dell'invalidità pari al 100% su parere della Commissione medica del

- che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_ ;

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_ ;

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_ ;

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_ ;

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_ ;

Si allega alla presente:

1. certificato del medico di base attestante lo stato generale di salute ed in particolare la non autosufficienza e/o la necessità dell'assistenza del richiedente;
2. dichiarazione sostitutiva unica;
3. attestato ISEE;
4. fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
5. copia del certificato di invalidità.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fine del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Sacrofano, lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_