



COMUNE DI SACROFANO

**All'Ufficio Servizi Sociali
del Comune di Sacrofano**

Richiesta di assistenza domiciliare per disabili.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

(.....) il _____ residente a Sacrofano in Via _____ n.

_____ tel. _____ CF _____ trovandosi nelle condizioni di:

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

CHIEDE

di essere ammess__ al beneficio dell'assistenza domiciliare in favore degli anziani e/o disabili.

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 _____;

- di essere affetto/a da _____ con riconoscimento dell'invalidità pari al 100% su parere della Commissione medica del _____
_____;

- che la propria invalidità è stata riconosciuta in situazione di gravità (art. 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n.104);

- 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 _____;

• che, qualora si dovessero attivare le procedure per il recupero della contribuzione al costo del servizio nei confronti degli obbligati, art. 433 del C.C., questi sono:

(indicare nell'ordine: CONIUGE – FIGLI ed in loro mancanza gli ascendenti prossimi; GENITORI ed in loro mancanza i collaterali prossimi; GENERI E NUORE E SUOCERI se ancora obbligati; FRATELLI E SORELLE)

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 _____;

• che gode di indennità di accompagnamento pari ad euro _____ mensili;

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.

Sacrofano, lì _____

Firma

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.