



COMUNE DI CASAPESENNA
Provincia di Caserta
Via Don Pepe Diana n.3 -81030 Casapesenna
E-Mail : comune-casapesenna@libero.it
E-Mail : comune.casapesenna@pec.it

Spett.le Comune di Casapesenna

DOMANDA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a _____
COGNOME NOME CODICE FISCALE

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in via _____ Tel. _____

con domicilio in _____

CHIEDE

PER SÉ

Per il/la sig./ra _____
COGNOME NOME CODICE FISCALE

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in via _____ Tel. _____

con domicilio in _____

- **L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

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

DICHIARA

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

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;

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

che il destinatario dell'intervento percepisce indennità di accompagnamento;

che il valore dell'indicatore ISEE in corso di validità è il seguente € _____;

INFORMA

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

quali: assistenza domiciliare integrata da parte della ASL per:

✓ assistenza infermieristica

✓ visite programmate del Medico di Medicina Generale

✓ riabilitazione a domicilio

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 familiari da contattare per tutte le comunicazioni inerenti al servizio ed in caso di necessità sono i seguenti:

1. _____
COGNOME NOME

indirizzo _____ tel. _____

2. _____
COGNOME NOME

indirizzo _____ tel. _____

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

cognome _____ nome _____ tel. _____

Allega alla presente richiesta:

copia dell'attestazione ISEE in corso di validità;

documentazione per il soggiorno (solo per cittadino non italiano o non comunitario)

copia documentazione attestante l'invalidità

copia documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità

copia documento di riconoscimento del beneficiario in corso di validità

altro

specificare _____

Firma del dichiarante

Dichiarazione resa ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 2003 concernente la "tutela della persona rispetto al trattamento dei dati personali", ad autorizzare l'istituzione per i Servizi Sociali a trarre, nei limiti previsti dalla legge, i miei dati personali, compresi quelli sensibili.

li, _____

Firma del dichiarante