

Riservato al Comune
(timbro protocollo)

Al Comune di

.....
(Comune di residenza del beneficiario del voucher sociale)

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER SOCIALE
SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI (SADA)
ANNO 2019**

(modulo da compilare in stampatello)

RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a (cognome).....(nome).....
Nato/a.....Prov. di.....il.....
Residente in.....via.....n.....
Telefono..... Codice fiscale Età

CHIEDE

l'assegnazione del voucher sociale, ai sensi del, per l'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare rivolti ad anziani.

A tal fine, a conoscenza del disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 che testualmente recita:

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia.
2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.
3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 (certificazione) e 47 (notorietà) e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'art. 4 - 2° comma - (impedimento temporaneo) sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.
4. (omissis).

fermo restando, a norma del disposto dell'art. 75 del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

1. di essere nato il a
2. di essere residente a in via n.
3. di non percepire l'indennità di accompagnamento
4. di essere / non essere stato riconosciuto/a invalido/a civile, con percentuale d'invalidità del%, come da verbale numero.....del.....rilasciato da di

**il richiedente
DICHIARA INOLTRE**

di vivere da solo;

oppure

di vivere con i seguenti componenti il proprio nucleo familiare:

1.

| Cognome - Nome | Data di nascita | Luogo di nascita | Rapporto di parentela con il richiedente |
|----------------|-----------------|------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2. che il soggetto o la coppia di anziani non percepiscono l'indennità di accompagnamento;

3. di non avere figli;

OPPURE

- tutti i figli vivono fuori dal territorio comunale;
- tutti i figli si trovano in precaria situazione sanitaria;
- tutti i figli sono impossibilitati a prestare assistenza in quanto gli stessi si prendono cura di un parente convivente in grave difficoltà sanitaria.

(Nelle ultime due fattispecie è obbligatorio presentare certificazione medica specialistica di strutture pubbliche)

4. di autorizzare l'Ufficio di Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza ad effettuare visite domiciliari ai fini della valutazione della domanda e dei controlli sulla assistenza prestata;

5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza:

- eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale;
- eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità dei servizi resi;

6. di impegnarsi a compartecipare all'eventuale quota di compartecipazione.

....., data.....

In fede
Il richiedente

.....

Alla domanda dovranno essere allegati i seguenti documenti:

1. copia modello ISEE in corso di validità;
2. copia documento di riconoscimento in corso di validità;
3. eventuale documentazione a supporto delle dichiarazioni rese.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI CON IL PRESENTE MODULO E RESA AI SENSI DEL:
Codice in materia di protezione dei dati personali n.196/2006 aggiornato al D.Leg. 10 agosto 2018 “GDPR”

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, ai sensi della normativa richiamata, rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di cui alla presente richiesta.

Luogo e data _____

FIRMA
