



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4
COMUNE DI CASTELTERMINI (Capofila)
Provincia di Agrigento**

Ambito territoriale: Casteltermini – Cammarata – San Giovanni Gemini

Distretto Socio-sanitario D4

Comune di _____

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Telefono _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

il servizio assistenza domiciliare disabili

per sè

per _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

telefono _____ codice fiscale _____

Stato civile dell'utente

celibe/nubile

vedovo/a

separato/a

divorziato/a

coniugato/a con _____

Assistenza domiciliare

Assistenza all'igiene e cura della persona

Accompagnamento per mobilità esterna e svolgimento piccole commissioni

Inserimento centro socio-educativo

DICHIARA

1. Che l'utente è in possesso dei requisiti di cui alla Legge 104/92
2. Che l'utente è titolare di pensione(*) _____
Categoria _____ dell'importo di € _____

(*)vanno indicate tutte le pensioni percepite : es vecchiaia, invalidità, reversibilità, pensioni di guerra, assegni vitalizi, rendite anche se erogate da stati esteri, pensioni sociali, indennità di accompagnamento

3. Che il nucleo familiare dell'utente è così composto:

COGNOME E COGNOME	GRADO PARENTELA	ETA'	PROFESSIONE	NOTE

Il sottoscritto si impegna, ove dovuto, a compartecipare al costo del servizio ai sensi dell'art. 8 del Regolamento per l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali del Piano di Zona.

_____ lì _____

IL RICHIEDENTE/ DICHIARANTE

Formula di acquisizione al consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali

Il/la sottoscritta interessato, acquisite le informazioni fornite dagli Enti titolari del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Regione e Comune), con la firma apposta alla presente scheda informativa, attesta il proprio consenso affinché i titolari procedano ai trattamenti dei dati personali per le finalità specifiche dell'intervento di cui alla presente domanda.

_____ Li _____

IL RICHIEDENTE

ALLEGA

- Certificazione ISEE accompagnata da apposita "Dichiarazione Sostitutiva Unica" (DUS) del nucleo familiare, con riferimento ai redditi percepiti nell'anno 2009;
- Copia del verbale del riconoscimento della disabilità, ai sensi della L.104/92
- Fotocopia del documento di identità;
- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni del nucleo convivente con l'utente.