

	Amministrazione destinataria Comune di Sulmona Ufficio destinatario Servizi alla persona	
---	---	--

Domanda di accesso al servizio per assistenza domiciliare malati psichiatrici

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita				Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare per malati psichiatrici

<input type="radio"/>	per sè stesso																																																						
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																																						
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Cognome</th> <th colspan="3">Nome</th> <th colspan="3">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"> </td> <td colspan="3"> </td> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <th colspan="1">Sesso</th> <th colspan="2">Data di nascita</th> <th colspan="3">Luogo di nascita</th> <th colspan="3">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2"> </td> <td colspan="3"> </td> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <th colspan="9">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="9"> </td> </tr> </tbody> </table>		Cognome			Nome			Codice Fiscale												Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza												In qualità di (*)																	
Cognome			Nome			Codice Fiscale																																																	
Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza																																																	
In qualità di (*)																																																							

In qualità di (*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

per le seguenti prestazioni	
<input type="checkbox"/>	igiene della persona
<input type="checkbox"/>	cura dell'abitazione
<input type="checkbox"/>	disbrigo pratiche amministrative
<input type="checkbox"/>	sollievo
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- che il nucleo familiare è quello indicato nell'ISEE
- che è residente in uno dei Comuni dell'Ambito Sociale Distrettuale n. 4 Peligno

- di percepire l'indennità di accompagnamento
- di essere in possesso della certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi della Legge 104/92 art. 3, comma 3
- di essere in possesso della certificazione di invalidità civile
- di essere autosufficiente
- di essere in possesso di certificato, con patologie, del medico curante
- di essere a conoscenza del contenuto del Regolamento rispetto ai criteri di ammissione al beneficio
- di accettare la compartecipazione al costo del servizio nella misura prevista dal Regolamento in base alla propria condizione di dichiarazione ISEE
- di impegnarsi a comunicare immediatamente ogni variazione delle situazioni che sono state determinanti per la quantificazione delle quote di contribuzione personale al servizio ed in particolare quelle attinenti alla situazione economica ed alla composizione del nucleo familiare
- di autorizzare questo Ente ad effettuare presso le sedi competenti controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati forniti. In caso di opposizione ai suddetti controlli le prestazioni non potranno essere concesse

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	copia del certificato del medico curante
<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<input type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input type="checkbox"/>	copia del verbale di invalidità per il riconoscimento dell'handicap ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/92
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità del beneficiario <i>(da allegare se il richiedente è diverso dal beneficiario)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Sulmona		
Luogo	Data	Il dichiarante