



Comune di Lariano

Assessorato ai Servizi Sociali



Comune di Velletri

Assessorato ai Servizi Sociali

**Comune di Velletri
Capofila Distretto RMH5
Ufficio di Piano-Via Della Neve, 3
00049 - Velletri**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

Il sottoscritto/a.....nato/a.....
il.....residente a.....Via.....
Tel.....in qualità

consapevole che chi usufruirà dell'Assistenza domiciliare in forma diretta non potrà essere destinatario di altre forme di assistenza per lo stesso periodo.

CHIEDE

di partecipare al Progetto di Assistenza domiciliare promosso nel territorio del Distretto RMH5;
A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P. R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

SITUAZIONE FAMILIARE *(con riguardo alla composizione del nucleo familiare)*

- Persona che vive sola o convivente con altra persona impossibilitata ad assistere;
- Difficoltà logistiche da parte dei familiari conviventi (es. impegno in attività lavorativa) che complicano e ostacolano l'attività di cura, o difficoltà oggettive legate all'eccessivo carico familiare (presenza di molti minori, o altro familiare con disabilità o bisognoso di cure, o fisicamente troppo deboli per assistere compiutamente), nel gestire la situazione (necessità di assistenza/sorveglianza continua);
- Presenza di familiari conviventi, non in grado di assolvere a tutte le esigenze per impedimenti oggettivi.

SITUAZIONE REDDITUALE NUCLEO FAMILIARE

- ISEE fino ad € 5.000,00
- ISEE da € 5.001,00 ad € 10.000,00
- ISEE da € 10.001,00 ad € 14.000,00
- ISEE > ad € 14.000,01

Si allega alla presente:

- Attestazione ISEE/ISE completa di DSU, aggiornata.
- SI NO Copia del verbale di invalidità;
- SI NO Certificazione Legge 104/92 Art. 3 Comma 3;
- Scheda non autosufficienza regolarmente sottoscritta dal medico di base o medico specialista.

VERRANNO ESCLUSE LE DOMANDE ARRIVATE FUORI TERMINE O NON CORREDATE DALLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici per la presente prestazione e per dati statistici ai sensi della L. 196/2003.

FIRMA

.....

(Luogo e data)

SCHEDA NON AUTOSUFFICIENZA

Nome _____ Cognome _____

GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA

- | | | |
|--|--------------------------|------------------------|
| IGIENE PERSONALE | <input type="checkbox"/> | Non autosufficiente |
| | <input type="checkbox"/> | Necessita di aiuto |
| | <input type="checkbox"/> | Autosufficiente |
| VESTIZIONE | <input type="checkbox"/> | Non autosufficiente |
| | <input type="checkbox"/> | Necessita di aiuto |
| | <input type="checkbox"/> | Autosufficiente |
| ALIMENTAZIONE | <input type="checkbox"/> | Non autosufficiente |
| | <input type="checkbox"/> | Necessita di aiuto |
| | <input type="checkbox"/> | Autosufficiente |
| MOBILITAZIONE IN CASA
E ALL'ESTERNO | <input type="checkbox"/> | Non autosufficiente |
| | <input type="checkbox"/> | Necessita di aiuto |
| | <input type="checkbox"/> | Autosufficiente |
| ORIENTAMENTO SPAZIO
TEMPORALE | <input type="checkbox"/> | Non orientato |
| | <input type="checkbox"/> | Parzialmente orientato |
| | <input type="checkbox"/> | Ben orientato |

Patologia _____

Data _____

Timbro e firma

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici per la presente prestazione e per dati statistici ai sensi della L. 196/2003