



CITTA' DI MONREALE

Città Metropolitana di Palermo

AREA PROMOZIONE SOCIALE E TERRITORIALE

Unità Servizi ed attività socio - assistenziali

Cod. Fisc. 00231740820 - Via Venero 117 - c.a.p. 90046 Monreale - Tel. 091 6564300- 303- 317

e-mail: promozione.sociale@comune.monreale.pa.it

OGGETTO: Richiesta per il Servizio Assistenza Domiciliare a favore di anziani non autosufficienti e persone con disabilità.

**Al Comune di Monreale
Ufficio di Servizio Sociale
Via Venero, 117**

Il /la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

codice fiscale _____

residente in via _____ n° _____

telefono _____ e-mail _____

(da compilare solo nel caso di domanda presentata dal legale rappresentante del beneficiario)

In qualità di *Legale Rappresentante/Tutore/Amministratore di sostegno (così come previsto dal Codice Civile, allegando specifico provvedimento o nomina)*

del Sig./ra

nato/a a il

codice fiscale

residente a in Via

Chiede

Di essere ammesso al beneficio del "Servizio di Assistenza Domiciliare rivolto ad anziani non autosufficienti e persone con disabilità" (SADD) - AZIONE 45 - PdZ 2013-2015 rimodulato - l. 328/00.

A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi, sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita di benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di essere in possesso di

- Certificazione rilasciata ai sensi della Legge n. 104/92 art. 3 commi 1 e/o 3;
- Certificazione di Invalidità rilasciata ai sensi della Legge n. 118/71, e ss.mm.

Di trovarsi nella seguente condizione familiare:

- Anziano non autosufficiente o persona con disabilità convivente con parenti ed affini entro il 3° grado in linea retta o collaterale, maggiorenni;
- Anziano non autosufficiente o persona con disabilità solo/a con figli o parenti entro 3° grado in linea retta o collaterale, maggiorenni ed abili residenti nel Comune
- Anziano non autosufficiente o persona con disabilità solo/a con figli o parenti entro 3° grado in linea retta o collaterale, maggiorenni ed abili residenti fuori Comune
- Anziano non autosufficiente o persona con disabilità convivente con parenti ed affini entro il 3° grado in linea retta o collaterale, maggiorenni inabili e/o invalidi;
- Anziano non autosufficiente o persona con disabilità solo/a senza figli o parenti ed affini entro il 3 grado in linea retta o collaterale maggiorenni.

A tal fine indica di seguito la composizione del proprio nucleo familiare:

nome e cognome	Data di nascita	Relazione di parentela
		Persona destinataria del beneficio

- di non usufruire di altri benefici intesi sia in termini di benefici economici** (patto di cura/disabili gravissimi) **che di servizi erogati** (SAD anziani, art. 14 L. 328/00).
- di usufruire della indennità di accompagnamento** ai sensi della L. 11 febbraio 1980, n. 18;
- di essere proprietario della propria abitazione** o di goderne in condizione di comodato d'uso;
- di essere in affitto**, con regolare contratto di locazione.

A tal fine allega:

- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario e di chi ne dovesse presentare in sua vece la richiesta.
- Modello ISEE socio-sanitario o ISEE ordinario in corso di validità.
- Provvedimento di nomina di amministratore di sostegno (in caso di richiesta avanzata dal legale rappresentante/tutore/amministratore di sostegno).

Dichiara di essere informato, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 sul trattamento dei dati personali come da informativa che si allega alla domanda (All. II).

Data _____

Firma
