



COMUNE DI MONTANO LUCINO

PROVINCIA DI COMO
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

MODULO PER ACCESSO A INTERVENTI A SUPPORTO DELLA DOMICILIARITÀ RIVOLTI ALLE PERSONE CON DISABILITÀ E ALLE PERSONE ANZIANE AI SENSI DEL REGOLAMENTO APPROVATO CON DELIBERA C.C. n.55 del 27.12.2023 - SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

Comune di Montano Lucino
Area Servizi alla Persona
Ufficio Servizi Sociali
Via Liveria, 7
22070 Montano Lucino (CO)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)
Il ____ / ____ / _____ e residente a _____ (____), CAP _____,
Via/piazza _____, n° ____ Tel. _____,
C.F. _____;

CHIEDE

- Per sé
- In qualità di _____ del/della Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ (____) Il ____ / ____ / _____
e residente a _____ (____), CAP _____,
in Via/piazza _____, n° ____ Tel. _____,
C.F. _____;

L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (S.A.D.)

Nei seguenti giorni e orari _____
da concordare in seguito al colloquio con l'Assistente Sociale Comunale.

DI PRENDERE ATTO

Che il Servizio richiesto prevede una quota di compartecipazione determinata dai parametri stabiliti dal Regolamento comunale approvato con delibera C.C. n.55 del 27.12.2023 .

DICHIARA

- Che il proprio nucleo familiare è composto da:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	PROFESSIONE

- Che il proprio ISEE con scadenza il _____ è pari a € _____
Dato atto che la dichiarazione ISEE ha validità annuale con scadenza al 31/12, si precisa che nei mesi di gennaio, febbraio e marzo verrà applicata l'agevolazione dell'anno precedente in attesa di nuova dichiarazione. La stessa dovrà essere tassativamente presentata entro il 31/3 al fine di poter conguagliare per il primo trimestre eventuali somme dovute o da rendere;
- Di aver assegnato come medico di base il Dott. _____,
tel. _____ mail _____;



COMUNE DI MONTANO LUCINO

PROVINCIA DI COMO
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

- Di essere stato riconosciuto/a invalido/a civile, con grado di invalidità _____ % come da allegato verbale
 - Con indennità di accompagnamento;
 - Senza indennità di accompagnamento;
 - Che tra i componenti dello stato di famiglia sopra indicato è presente, quale altra persona invalida civile (_____%), il/la Sig./Sig.ra _____ (come da allegato verbale)
 - Con indennità di accompagnamento
 - Senza indennità di accompagnamento
 - Nessun'altra persona
 - Di fruire già dei seguenti servizi socio-sanitari: _____ ;
 - Di fruire dei seguenti servizi o prestazioni socio assistenziali Comunali:
 - Buono Sociale / quota mensile € _____ ;
 - Altro _____ ;
 - Di impegnarsi, quale possibile fruitore del servizio a domanda individuale richiesto, a corrispondere al Comune la quota di compartecipazione;
 - Di essere a conoscenza che il Comune potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il sottoscritto decadrà dai benefici ottenuti;
- ALTRO:**
- Per urgenze, contattare _____ Tel. _____ ;
 - In caso di necessità, le chiavi di accesso all'abitazione sono c/o _____ ;
_____ ;
 - Altri recapiti telefonici da segnalare _____ ;

Alla domanda dovrà essere allegata tutta la documentazione ritenuta utile all'atto della presentazione della stessa. In particolare sono richiesti:

1. Attestazione ISEE del nucleo familiare;
2. Documento d'identità e/o permesso di soggiorno del destinatario del servizio;
3. Codice fiscale della persona per la quale si fa richiesta di servizio;
4. Copia di verbale che attesti l'invalidità civile, la disabilità o la condizione di disagio;
5. Eventuale dieta e/o prescrizione medica specialistica (per erogazione pasti o medicinali);
6. Ogni altro documento necessario a comprovare lo stato di bisogno.

DICHIARA ALTRESÌ

- Di aver preso visione del vigente Regolamento in materia di Servizi Sociali approvato con Delibera _____ ;
- Di essere consapevole che quanto espresso nel presente modulo corrisponde a verità ed è accertabile ai sensi degli artt. 43,45, 46 e 47 del DPR445/00 e di essere consapevole delle responsabilità penali conseguenti ad eventuali dichiarazioni false e/o mendaci, ai sensi degli artt. 75 e 76 del sopracitato DPR;
- Di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli da parte dell'Amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/00;
- Di essere consapevole dell'obbligo di comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alle informazioni inserite nel presente modulo o comunque dichiarate all'Assistente Sociale all'atto di presentazione della domanda, anche successivamente all'eventuale ammissione al beneficio;
- Di essere informato/a ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 e del Decreto 101/2018 del 10/08/2018 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il titolare del trattamento dei dati personali è: il Comune di Montano Lucino; il responsabile del trattamento dei dati personali è il Responsabile Area Servizi alla Persona – Istruzione - Cultura: Dott.ssa Silvia Pozzoni;

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del REU 679/2016 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) il Comune di Montano Lucino, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, desidera informarLa che i suoi dati personali, verranno gestiti nel completo rispetto dei principi dettati da Regolamento in materia di protezione dei dati personali. L'informativa completa è disponibile presso gli sportelli degli uffici o sul sito internet del comune: www.comune.montanolucino.co.it

Data:

Firma: