***Al Comune di ……..***

***Ufficio Servizi Sociali***

**Oggetto: richiesta servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ALL’ASSISTENZA SANITARIA (ADI) A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI (ETA’ COMPRESA TRA I 0 E I 64 ANNI)**.

All’Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ambito Territoriale C07

Il/la sig./ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

documento di identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**□** per sé **□** su delega del familiare/perente interessato

□ in qualità di tutore giuridico della persona interessata

A favore di:

nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

documento di identità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs. 445/2000 art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art. 75 del suddetto D.Lgs.

Dichiara di essere consapevole che la presentazione della presente domanda non è cumulabile con altri servizi socio-assistenziali a carattere domiciliare.

**C H I E D E**

di poter usufruire del **servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ALL’ASSISTENZA SANITARIA (ADI) A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**

Allega alla presente:

* Copia di un documento di riconoscimento e codice fiscale dell’interessato in corso di validità;
* certificato attestante lo stato di disabilità ai sensi della Legge n. 104/92 o in alternativa certificato di invalidità civile ai sensi della L. 118/1971 attestante un grado di invalidità di almeno il 74%;
* Certificato medico attestante la condizione sanitaria per ADI (ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA)
* Certificazione attestante lo stato inabilitante dell’ASL di competenza e/o certificato medico;
* Attestazione ISEE 2024 del nucleo familiare per prestazioni socio – assistenziali dell’interessato in corso di validità non superiore a 10,555,97 al di sotto del quale l’utente è esonerato alla spesa di compartecipazione;
* Decreto di invalidità di indennità di accompagnamento;
* Copia del provvedimento / decreto di nomina di tutela/amministrazione di sostegno con copia del documento di riconoscimento della persona esercente tali funzioni, e del beneficiario.

Lì……………….. Firma

....................................................................

Ai fini dell’espletamento della pratica, autorizza, ai sensi del Regolamento Privacy 2018 UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali al trattamento dei dati personali

SI □ NO □

Lì……………….. Firma

....................................................................