



PAGUS

**Consorzio intercomunale dei Servizi Sociali
Distretto RM 5.2**

AL SERVIZIO SOCIALE

DEL COMUNE _____

OGGETTO: RICHIESTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE

A favore di _____ **(nome e cognome dell'utente)**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ **il** _____

Residente _____ **Via/P.za** _____
n° _____

Tel _____ **cell.** _____

In qualità di _____

	Beneficiario
	Delegato del beneficiario
	Tutore o Amministratore di sostegno del beneficiario
	Altro _____

CHIEDE

L'Assistenza Domiciliare

☐ Anziani dai 65 anni (ADI) ☐ Disabili 0-65 anni (ADH)

per il sig./sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via/P.za _____

n° _____

Tel _____ cell. _____

COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE

COGNOME E NOME	ETA'	GRADO DI PARENTELA	ANZIANO dai 65 anni	DISABILE O INVALIDO

Indicatore della situazione economica equivalente	Quota oraria di compartecipazione degli utenti
Da € 0 a 6.500,00	esente
Da € 6.501,00 a 8.500,00	€ 1,00
Da € 8.501,00 a 10.500,00	€ 2,00
Da € 10.501,00 a 15.000,00	€ 3,00
Da € 15.001,00 a 20.000,00	€ 4,00
Da € 20.001,00 a 30.000,00	€ 5,00
Da € 30.001,00 a 40.000,00	€ 6,00

Da 40.001,00 a 50.000,00	€ 7,00
Da 50.001,00 ed oltre	€ 8,00

Si allega alla presente, **pena l'esclusione**, la seguente documentazione relativa al beneficiario del servizio in oggetto:

- Copia del verbale della L. 104/92 e/o invalidità civile (per gli utenti in ADH);
- Dichiarazione sostitutiva Unica con ISEE sociosanitario ai sensi del DPCM n. 159/2013. Qualora l'ISEE non pervenga entro il 31 marzo di ogni anno, la quota di compartecipazione alla spesa dovrà esser corrisposta nella misura dell'importo maggiore previsto da tabella di riferimento;
- Dichiarazione di eventuale frequenza presso strutture a carattere riabilitativo;
- Copia del documento di identità del beneficiario del servizio e dell'eventuale richiedente, se persona diversa dal beneficiario.
- Scheda Salute da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale /Pediatra di libera scelta.

Ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, mi dichiaro 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

Luogo e data

Il dichiarante

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

e residente a _____ con documento _____ n° _____

ai sensi della legge 196/2003 autorizzo gli operatori del Servizio Sociale del Comune di _____ ad acquisire e trattare tutti i dati e le informazioni necessarie alla realizzazione dell'intervento sociale richiesto, per le finalità istituzionali dell'Ente, e a tenere presso i propri archivi la documentazione cronologica delle azioni svolte.

_____, li _____

in fede
