

- AI SERVIZI SOCIALI
Comune di Marino

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445 /2000

Per l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare ed Educativa

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Residente _____ Via / P.zza _____

Codice Fiscale

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

In conformità del disposto dell'art.47 DPR 28.12.2000 n.445 e a conoscenza delle sanzioni previste dall'art.76 della legge stessa in caso di mendaci dichiarazioni e presa visione del Regolamento di Assistenza domiciliare comunale

Chiede

di poter usufruire del servizio di Assistenza domiciliare ed educativa

per se stesso.

per il Sig./ra _____

nato a _____ il _____

Residente in Marino Via P/zza _____

Codice Fiscale

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Perché: Invalido Anziano non autosufficiente Disabile Minore

Allo scopo dichiara :

- Di aver preso visione del Regolamento Comunale di Assistenza Domiciliare ed Educativa
- Che la situazione economica del nucleo familiare risultante dalla attestazione Isee è di € _____

Che ulteriori proventi che risultano nell'anno in corso sono dovuti a

- Lavori saltuari € _____
- Assegno Accompagno € _____
- Pensione invalidità € _____

Allega:

- Attestazione ISEE SOCIO SANITARIO
- Certificazione medica attestante la parziale autosufficienza o verbale di invalidità
- Certificazione disabilità grave L.104/92
- Ogni altra documentazione integrativa necessaria
- Provvedimenti Tutelari in corso
- Fotocopia documento

Dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e comunicati, per l'attivazione del progetto, alla cooperativa incaricata del servizio.

DATA	FIRMA
------	-------

Estremi del documento

Attestazione del Responsabile del Procedimento

.....

Ai sensi dell'art.38 DPR 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato o da un familiare in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, un incaricato, a mezzo posta o ufficio protocollo.

Compartecipazione alla spesa:

Famiglia mononucleare	Famiglia plurinucleare	Tariffa	
Da 0,00 a 7.500,00 euro	Da 0,00 a 13.000,00 euro	Fascia 0 € 0,00	
Da 7.501,00 a 9.000,00 euro	Da 13.001,00 a 15.000,00 euro	€3,00 I fascia	
Da 9.001,00 a 11.000,00 euro	Da 15.001,00 a 18.000,00 euro	€ 6,00 II fascia	
Da 11.001,00 a 13.000,00 euro	Da 18.001,00 a 20.000,00 euro	€ 9,00 III fascia	
Da 13.001,00 a 15.000,00 euro	Da 20.001,00 a 25.000,00 euro	€ 12,00 IV fascia	
Da 15.001,00 e oltre	Da 25.001,00 e oltre	€ 15,00 V fascia	

Dichiara inoltre di voler usufruire del servizio di assistenza domiciliare alle condizioni risultanti dalla attestazione ISEE, come sopra specificato, impegnandomi al pagamento dell'importo orario di € _____ risultante dalla fascia di appartenenza.

Firma per esteso _____