

Timbro di arrivo al protocollo dell'Ente

Al Sindaco  
del Comune di

**DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI - ANNO 2012**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di (*barrare la voce che interessa*):

- persona anziana, in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria vita;
- familiare entro il 4° grado;
- persona esercente le funzioni legali di tutela dell'anziano (tutore/curatore/amministratore di sostegno);
- altra persona che di fatto si occupa dell'anziano,

**CHIEDE**

**di poter accedere al Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani**

- per la propria persona
- per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

(*indicare solo se diverso dalla residenza*)

domiciliato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto DPR, nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA CHE IL SOTTOSCRITTO / LA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE**

- ha già compiuto 65 anni;
- ha cittadinanza:
  - italiana;
  - di uno Stato aderente all'Unione Europea;
  - di uno Stato non aderente all'Unione Europea ed è in possesso di Permesso di Soggiorno ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs. 286/1998;
- ha un valore ISEE riferito all'anno di imposta 201\_\_ pari a € \_\_\_\_\_;

**DICHIARA inoltre che** (*barrare solo la casella che interessa*)

- percepisce l'indennità di accompagnamento: NO SI
- ha in corso la domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile: NO SI (presentata in data.....)

**IL DICHIARANTE infine**

- si impegna a comunicare ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto qui dichiarato e a presentare ogni documentazione richiesta dal P.U.A. dell'Ambito Territoriale Sociale n.21 ai fini dell'attivazione del servizio richiesto;
- è consapevole che in caso di attivazione del S.A.D., il beneficiario o un suo familiare dovrà impegnarsi al pagamento dell'eventuale quota di compartecipazione al costo del servizio sottoscrivendo il PAI;
- autorizza il trattamento dei dati personali relativamente ai soli fini dello svolgimento del procedimento per l'ottenimento del Servizio di Assistenza Domiciliare ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

**Allega alla presente:**

- Copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;
- Copia del verbale di invalidità civile (se in possesso) oppure Certificazione medica attestante la situazione di parziale o totale non autosufficienza.

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**Recapiti:**

- **PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)** presso il Distretto di San Benedetto del Tronto dell'Area Vasta 5 Asur Marche, Via Romagna n.7 tel. 0735/793632.
- **RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO:** Alessandro Marinelli, Ufficio di Coordinamento Ambito Territoriale Sociale 21 – Comune capofila San Benedetto del Tronto, Viale De Gasperi n. 124 tel. 0735/794341.