

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ in via _____
n. _____ tel. _____

CHIEDE

L'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare in qualità di :

- Anziano ultrasessantacinquenne con ridotta autosufficienza
- Anziano ultrasessantacinquenne con necessità di tutela sociale
- Persona con handicap di particolare gravità di cui all'art.39, comma 2 lettera 1-bis e 1-ter della L. n.104/92 e s.m.i.
- Persona con disabilità permanente o grave limitazione dell'autonomia personale non superabile mediante ausili tecnici
- Persona con ridotta autonomia per disturbi del comportamento e per handicap psichico lieve;

preferibilmente dalle ore _____ alle ore _____ per n. _____ interventi settimanali e compatibilmente con l'organizzazione del servizio.

DICHIARA

Che necessita delle seguenti prestazioni:

- Cura e igiene della persona
- Prestazioni di tipo domestico
- Prestazioni di tipo socio-assistenziale

Dichiara inoltre di accettare il pagamento del ticket che sarà quantificato in rapporto al reddito familiare dichiarato.

ALLEGA

- Certificazione medica attestante la ridotta autosufficienza;
- Certificazione attestante l'handicap di particolare gravità ai sensi dell'art.39 della legge n.104/92
- Verbale della Commissione Medica degli invalidi civili e/o certificazione medica;
- Attestazione ISEE, ai sensi del D.Lgs. n.109/98;
- Copia del documento di riconoscimento.

Autorizza l'uso e il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, esclusivamente ai fini della presente richiesta.

Data

In fede

