

(Allegato 1)

AL SIGNOR SINDACO  
DEL COMUNE DI LONGI

OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE SERVIZI PER DISABILI

Il/La sottoscritto/a

**RICHIEDENTE**

Cognome:	Nome:
Nato/a il:	a:
Comune di residenza	Via n.
Telefono	

- agendo in nome proprio
- agendo in qualità di GENITORE DEL MINORE/ DI TUTORE/ RAPPRESENTANTE della persona sotto indicata (*dispensare la voce che non interessa*):

**BENEFICIARIO (se diverso dal richiedente)**

Cognome:	Nome:
Nato/a il:	a:
Comune di residenza	Via n.
Telefono	

**CHIEDE**

Ai sensi del vigente regolamento di poter beneficiare dei seguenti servizi:

- Assistenza domiciliare;
- Sostegno economico;
- Contributi straordinari.
- Assistenza abitativa;
- Servizio di trasporto (trasporto alunni disabili gratuito ai sensi della circolare assessoriale n.15 del 7/11/2003)
- Integrazione pre-scolastica e scolastica (assistenza igienico-personale gratuita, ai sensi della circolare assessoriale n.15 del 7/11/2003 );
- Inserimento lavorativo;

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole della decadenza dei benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA

che la situazione familiare del beneficiario, è la seguente:

- Unico componente nucleo familiare
- Presenza di conviventi anziani, malati o portatori di Handicap. N.
- Conviventi a carico N.
- Altro \_\_\_\_\_

che la situazione di gravita psico-fisica del beneficiario, è la seguente:

- Deficit intellettivo
- Impossibilità alla deambulazione
- Impossibilità a mantenere il controllo sfinterico
- Altro \_\_\_\_\_

che la situazione personale del beneficiario, è la seguente:

- Impossibilità a svolgere gli atti quotidiani della vita
- Impossibilità a svolgere attività di socializzazione
- Altro \_\_\_\_\_

Che il valore ISEE del nucleo familiare , relativi ai redditi percepiti nell'anno \_\_\_\_

è pari ad €. \_\_\_\_\_

**Solo per il servizio di assistenza domiciliare**

Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio di assistenza domiciliare, si impegna a compartecipare al costo del servizio stesso proporzionalmente, nella misura e modalità disciplinate dalla normativa vigente

**Allega alla presente:**

1. **Situazione di famiglia;**
2. Verballi Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. 104/1992 e verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ovvero idonea certificazione sanitaria rilasciata da strutture del SSN ovvero autocertificazione attestante la domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile)
3. Attestazione ISEE del nucleo familiare relativo ai redditi percepiti nell'anno  comprensiva della dichiarazione sostitutiva unica delle condizioni economiche e patrimoniali;
4. Autorcertificazione attestante i redditi ad ogni altro titolo percepiti, nell'anno  ivi inclusi i redditi non fiscalmente rilevanti quali indennità di accompagnamento, pensioni invalidità civile, rendite INAIL, pensioni estere, ecc:
5. Fotocopia documento di identità in corso di validità;
6. Altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti tra quelli indicati (specificare):

---

**AUTORIZZA**

Il Servizio Sociale del Comune di Longi e il Servizio Sociale del Comune al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

Data.....

Firma del/della richiedente (\*)

---

Firma del genitore/tutore/rappresentante legale