



**CITTÀ DI CASTELLAMMARE DEL GOLFO**  
**LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI TRAPANI**  
**SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI**

**Al sindaco del Comune di  
Castellammare del Golfo**

**OGGETTO: Domanda di accesso al Servizio di assistenza domiciliare agli anziani**

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di

(indicare il grado di parentela/rappresentante legale) \_\_\_\_\_

del/della sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'ammissione alle prestazioni del Servizio di assistenza domiciliare:

† aiuto per il governo e l'igiene dell'alloggio (riordino stanze, pulizia degli ambienti e dei servizi, aiuto preparazione pasti, cambio della biancheria);

† aiuto per l'igiene e per la cura della persona;

† disbrigo pratiche (pensioni, certificazioni mediche, commissioni varie, farmaci, spesa);

† sostegno psicosociale.

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, e consapevole delle conseguenze anche penali previste dagli artt. 75 e 76 del citato provvedimento in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

- Che il proprio nucleo familiare è composto

Cognome e Nome	Rapporto familiare	Luogo di nascita	Data di nascita

- Di essere consapevole che superando la soglia ISEE prevista per l'accesso al servizio potrà essere ammesso previa compartecipazione;
- Di non rientrare in nessuna delle cause di esclusione previste dall'avviso pubblico e pertanto di non trattarsi di anziano ricoverato presso strutture residenziali e/o semiresidenziali, di non usufruire di altri servizi di natura domiciliare, di bonus sanitari, del progetto HCP, della disabilità grave o gravissima;
- Di comunicare per iscritto ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, nonché eventuali rinunce o sospensioni temporanee;
- Di essere a conoscenza che la presentazione dell'istanza non vincola in nessun modo l'A. C. all'ammissione al servizio, che sarà oggetto di valutazione da parte del servizio sociale dell'Ente.
- di essere a conoscenza che, in caso di ammissione al servizio SAD, possono essere eseguiti dei controlli nei suoi confronti e del suo nucleo familiare diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- di impegnarsi al versamento della quota di compartecipazione da parte dell'assistito (se dovuta), con la firma dell'interessato e di almeno uno dei soggetti tenuti per legge, in base all'art.433 del Codice Civile;
- che il valore ISE del nucleo familiare convivente, in corso di validità, è pari a \_\_\_\_\_;
- di essere a conoscenza delle sanzioni penali in caso di false dichiarazioni;

- di comunicare per iscritto ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, nonché eventuali rinunce o sospensioni temporanee.

Si allegano i seguenti documenti:

- † Copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità del beneficiario del Servizio di assistenza domiciliare.
- † Copia codice fiscale del beneficiario del Servizio di assistenza domiciliare.
- † Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.
- † Copia del verbale della Commissione di Invalidità Civile, se posseduta.
- † Copia del verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi della L.104/1992, se posseduta.
- † Certificato medico rilasciato dal Medico di Medicina Generale che attesti eventuali patologie.
- † Attestazione ISEE del nucleo familiare convivente in corso di validità con allegata Dichiarazione Sostitutiva Unica sottoscritta dal dichiarante.

**Si autorizza l'Ufficio al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni, ai fini istituzionali dell'Ente e per l'avvio del procedimento in oggetto.**

Castellammare del Golfo, lì \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

