



Consorzio Intercomunale di Servizi

DOMANDA ASSISTENZA DOMICILIARE

Contenente dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà relativa alle condizioni economiche del nucleo familiare che richiede interventi al C.I. di S. - D.P.R. 445/2000

Modulo di registrazione:

MR-09-01

Versione:
3.e

Numero pag.:
1/4

Unità operativa di		Protocollo	
---------------------------	--	-------------------	--

DATI DEL BENEFICIARIO

Il sottoscritto			
Nato a		il	
Residente a		Via	
Telefono			
Codice fiscale			
Eventuale persona di riferimento			

CHIEDE L'INTERVENTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

DICHIARA

Che ha effettuato l'ISEE in data ___/___/___ e che al momento della presente richiesta l'ISEE è in corso di validità e scade in data ___/___/___

QUADRO A: COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA DEL BENEFICIARIO

Indicare il codice ove è possibile:

Parentela : **C**= Coniuge/Convivente; **F**= Figlio; **D**= Figlio disabile; **G**= Genitore; **A**= Altro

Tipo di reddito: **a** = lavori ad ore **b** = pensioni/stipendi **c** = indennità di accompagnamento
d = altri redditi (rendite, investimenti ecc.) **e** = proprietà immobili e mobili

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA

Nominativo	Parentela	Data di nascita	Professione	Reddito mensile	Tipo di reddito
		__/__/__			
		__/__/__			
		__/__/__			
		__/__/__			
		__/__/__			
		__/__/__			
		__/__/__			

◇ Se redditi di tipo **d** / **e** specificare, se di tipo **c** precisare l'utilizzo:

--

◇ l'alloggio in cui abita risulta di proprietà: SÌ NO

◇ l'affitto dell'alloggio in cui abita è di € _____ mensili.



Consorzio Intercomunale di Servizi

DOMANDA ASSISTENZA DOMICILIARE

Contenente dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà relativa alle condizioni economiche del nucleo familiare che richiede interventi al C.I. di S. - D.P.R. 445/2000

Modulo di registrazione:

MR-09-01

Versione:
3.e

Numero pag.:
2/4

PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI (ART. 433 DEL C.C.)

Nominativo	Indirizzo	Grado di parentela	N° comp. familiari	N° comp. titolari di pensioni/ redditi

PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI IN CONDIZIONI PARTICOLARI

Nominativo	Situazione particolare

QUADRO B: INFORMAZIONI SUI PATRIMONI NON CONTENUTE NELLA DSU

BENI MOBILI ED IMMOBILI CHE IL BENEFICIARIO HA INTESSTATO AD ALTRI O DONATO GRATUITAMENTE NEI 5 ANNI PRECEDENTI

Nome di chi ha donato o intestato	Tipo di bene	Percentuale ceduta	Valore donazione/ per immobili imponibile ICI	Data della donazione o intestazione

DICHIARAZIONE E SOTTOSCRIZIONE DELLE RESPONSABILITÀ

Io sottoscritto dichiaro di aver compilato i quadri A B , che le mie dichiarazioni sono vere e complete. Sono consapevole che la presente domanda non può essere considerata valida se non produrrò entro il ___ / ___ / ___ la seguente documentazione:

Sono consapevole della mia responsabilità penale (art. 489 c.p.) per dichiarazioni false o incomplete. Comunicherò immediatamente ogni cambiamento sia della composizione della famiglia, sia delle condizioni personali, sia delle condizioni di reddito e di patrimonio di ogni componente e di quanto dichiarato nella presente. Sono consapevole che il



Consorzio Intercomunale di Servizi

DOMANDA ASSISTENZA DOMICILIARE

Contenente dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà relativa alle condizioni economiche del nucleo familiare che richiede interventi al C.I. di S. - D.P.R. 445/2000

Modulo di registrazione:

MR-09-01

Versione:
3.e

Numero pag.:
3/4

Consorzio, il Comune di residenza ed altri Enti, compresa la Guardia di Finanza, controlleranno la dichiarazione e, se anche soltanto una delle informazioni o dei dati dichiarati saranno risultati falsi o incompleti, il Consorzio presenterà querela all'autorità giudiziaria e, in base all'art. 75 DPR 445/00 cesserà l'erogazione del servizio.

Dichiaro, altresì, di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 ed acconsento al trattamento, anche con strumenti informatici, di tutti i dati personali, anche sensibili, forniti e necessari per l'erogazione del servizio richiesto.

Sono consapevole che per l'intervento di assistenza domiciliare è prevista una quota di compartecipazione al costo del servizio, sulla base della documentazione consegnata (attestazione ISEE, Dichiarazione Sostitutiva Unica e modello OBISM) e **mi impegno a versare la quota di compartecipazione dovuta con le modalità previste dal regolamento consortile.**

Letto, confermato, sottoscritto

_____, ____/____/____
(luogo) (data)

(firma del dichiarante)

(Se il dichiarante è impossibilitato/incapace alla firma, barrare la casella appropriata)

Previo l'accertamento dell'identità, la presente dichiarazione è stata resa:

- dal dichiarante impedito a sottoscrivere, previo accertamento della sua identità;
- da: coniuge; figlio/a in mancanza del coniuge;
- dal seguente parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado _____
- da chi ne ha la rappresentanza legale (genitore o tutore) in nome e per conto del componente incapace di agire;
- dall'amministratore di sostegno nominato dal Giudice Tutelare;

Attesto che la dichiarazione è stata presentata dal Sig. _____

Identificato con il documento _____ numero _____ rilasciato in

data ____/____/____ da _____

L'operatore dei servizi sociali

_____, ____/____/____
(luogo) (data)

(firma)
