

**OGGETTO: Servizio Assistenza Domiciliare**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare

per sé

per \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Stato Civile dell'utente

celibe/nubile

vedovo/a

separato/a

divorziato/a

coniugato/a con \_\_\_\_\_

per n. ore:                    giornalieri \_\_\_\_\_  
   settimanali \_\_\_\_\_

per:

- Aiuto per il governo dell'alloggio:

- riordino del letto e della stanza
- pulizia generale dell'alloggio e dei servizi
- cambio della biancheria/utilizzo del servizio di lavanderia
- preparazione e/o aiuto per il pranzo e per gli acquisti
- fornitura pasti a domicilio

- Aiuto nelle attività della persona su se stessa:

- alzarsi dal letto
- pulizie personali
- aiuto per il bagno, vestizione e nutrizione, aiuto nell'assistenza dei pasti

- Aiuto a favorire l'autosufficienza nell'attività giornaliera:

- aiuto nella corretta deambulazione
- aiuto nell'uso di accorgimenti o attrezzi per lavarsi, vestirsi, mangiare da soli

- Prestazioni igienico - sanitarie di semplice attuazione inserite in un problema globale di assistenza ed in collaborazione col servizio sanitario:

- frizioni e fasciature
- assistenza per la corretta esecuzione delle prescrizioni farmacologiche

- Collaborazione con il servizio del segretariato sociale:

- accompagnamento dell'utente per visite mediche o altra necessità
- richiesta taxi sanitario

\* \* \*

Il sottoscritto si impegna a rimborsare al Comune di Villorba la quota parte di spesa posta a carico dell'utente e deliberata annualmente dall'Amministrazione Comunale.

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, falsa o comunque contenente dati non corrispondenti al vero (di cui all'art. 76 DPR 445/2000) e della decadenza dei benefici previsti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000);

A conoscenza che le amministrazioni che ricevono la presente "sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive" (art. 71 DPR 445/2000).

## DICHIARA

### Redditi:

che l'utente è titolare di pensione <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

Categoria \_\_\_\_\_ dell'importo di € \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Vanno indicate tutte le pensioni percepite: es. vecchiaia, invalidità, reversibilità, le pensioni di guerra, assegni vitalizi, rendite o anche se erogati da stati esteri, pensioni sociali, indennità di accompagnamento.

Redditi di attività lavorativa dipendente:

\_\_\_\_\_

Altri redditi (depositi bancari, azioni, obbligazioni, ecc.)

\_\_\_\_\_

### Abitazione:

di proprietà      Mutuo: rata \_\_\_\_\_ inizio \_\_\_\_\_ durata \_\_\_\_\_

in affitto (fitto mensile) \_\_\_\_\_ Proprietario Sig. \_\_\_\_\_

in usufrutto      Proprietario \_\_\_\_\_

### Civilmente obbligati (art. 433 c.c.)

(Coniuge, figli legittimi o legittimati naturali o adottivi, e, in loro mancanza i nonni, anche naturali, gli adottanti, generi e nuore, suocero e suocera, fratelli e sorelle)

COGNOME E NOME	GRADO PARENTELA	ETA'	PROFESSIONE	INDIRIZZO

Dichiara di fornire, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, art. 13, recante disposizioni a tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, direttamente o anche attraverso terzi, oltrech  per l'esecuzione degli atti istruttori volti ad ottenere un provvedimento di assegnazione di benefici economici ed ammissione a servizi erogati dal Comune per ottemperare ad obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria, anche per l'elaborazione di studi e ricerche statistiche e per l'invio di materiale informativo.

Inoltre, sotto la propria responsabilit  dichiara che l'utente non gode di altro reddito oltre a quello sopra dichiarato e documentato.

\_\_\_\_\_ Li, \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Firma dei parenti obbligati

Telefono

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allegare i seguenti documenti:

- fotocopia CUD o 730 o UNICO relativi alla dichiarazione dei redditi dell'anno precedente
- certificato di pensione dell'anno in corso
- stato di famiglia
- schema dettagliato dei familiari
- fotocopie delle ricevute d'affitto
- certificato medico
- altro