



AMBITO S04_1 - UFFICIO DI PIANO SERVIZIO POLITICHE SOCIALI

Comune Capofila di Battipaglia – Piazza Aldo Moro

Pec: protocollo@pec.comune.battipaglia.sa.it - Telefono 0828/677111

AMBITO S04_1
COMUNE DI BATTIPAGLIA
Piazza A. Moro
84091 Battipaglia (SA)
PEC: protocollo@pec.comune.battipaglia.sa.it

OGGETTO: RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE DIVERSAMENTE ABILI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ (____)
il ____/____/____/ residente a _____ (____) in Via _____ n. ____
C.F. _____ Telefono _____ Cell _____

Chiede l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare (barrare la casella interessata):

per se stesso

per il/la Sig.ra _____ nato/a _____ il ____/____/____/

residente in _____ alla Via _____ n. _____

recapiti telefonici _____ C.F. _____

grado di parentela (marito, moglie, fratello, nonno, cognato, tutore) specificare _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del TU emanato con D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole 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 il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata):

Non usufruisce di altri servizi erogati dal Servizio Cure Domiciliari dell'ASL di Salerno – Distretto Sanitario n. 65;	
Usufruisce di altri servizi erogati dal Servizio Cure Domiciliari dell'ASL di Salerno – Distretto Sanitario n. 65; (specificare quali _____)	
Non è ospite in struttura residenziale e/o semi-residenziale;	
Non usufruisce dell'assistenza domiciliare erogata dall'INPS con il Progetto Home Care Premium;	
Non usufruisce dell'Assegno di Cura erogato dalla Regione Campania;	
Non è inserito in programma Dopo di Noi	
Ha l'età di _____ anni (compiuti);	
Ha un nucleo familiare composto da n _____ persone;	
di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite	



AMBITO S04_1 - UFFICIO DI PIANO

SERVIZIO POLITICHE SOCIALI

Comune Capofila di Battipaglia – Piazza Aldo Moro

Pec: protocollo@pec.comune.battipaglia.sa.it - Telefono 0828/677111

ALLEGATO DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE					
COGNOME E NOME	ETA'	RELAZIONE DI PARENTELA	PROFESSIONE	INDIRIZZO	NUMERO DI TELEFONO

Altri figli e/o familiari non conviventi					
COGNOME E NOME	ETA'	RELAZIONE DI PARENTELA	PROFESSIONE	INDIRIZZO	NUMERO DI TELEFONO



AMBITO S04_1 - UFFICIO DI PIANO SERVIZIO POLITICHE SOCIALI

Comune Capofila di Battipaglia – Piazza Aldo Moro

Pec: protocollo@pec.comune.battipaglia.sa.it - Telefono 0828/677111

che la CONDIZIONE SOCIO – FAMILIARE/ ECONOMICA E SANITARIA del richiedente è la seguente:

A. CONDIZIONE DI SALUTE: (barrare la casella interessata):

Persona con handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 Legge 104/92)	
Persona con handicap (art. 3 comma 1 Legge 104/92)	
Persona invalida al 100% e/o in attesa di riconoscimento di cui alla Legge 104/92	
Persona con invalidità inferiore al 100%	

B. CONDIZIONE FAMILIARE: (barrare la casella interessata):

Persona disabile che vive da sola	
Persona disabile che vive con altri familiari non autosufficienti	
Persona disabile che vive con altri parenti prossimi (fratelli, sorelle, nipoti...)	
Persona disabile che vive con i genitori	
Persona disabile che vive con i genitori e/o coniuge ed altri parenti prossimi	

C. SITUAZIONE REDDITUALE: (barrare la casella interessata):

I.S.E.E. del nucleo familiare	
DA € 0,00 A € 12.451,08	
DA € 12.451,09 A € 20.000,00	
DA € 20.000,01 A € 33.851,39	
Oltre € 33.851,39	

Autorizza, ai sensi e per gli effetti della vigente normativa, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della richiesta inoltrata.



AMBITO S04_1 - UFFICIO DI PIANO SERVIZIO POLITICHE SOCIALI

Comune Capofila di Battipaglia – Piazza Aldo Moro

Pec: protocollo@pec.comune.battipaglia.sa.it - Telefono 0828/677111

A tal fine allega:

- ISEE-ordinario in corso di validità;
- Eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile;
- Certificato di cui alla legge n. 104/92;
- Fotocopia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria in corso di validità e della persona che intende beneficiare del servizio e di chi sottoscrive l'istanza;
- Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)