



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'invalità 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)