

## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

Acireale – Aci Bonaccorsi – Aci Castello – Aci Catena - Aci Sant'Antonio - Santa Venerina – Zafferana Etnea

### LEGGE 328/00 - FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI - PIANO DI ZONA 2010 – 2012

#### Servizio di Assistenza Domiciliare per la disabilità grave

#### AL SIG. SINDACO COMUNE DI ACIREALE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

nella qualità di :

- Diretto interessato
- \_\_\_\_\_ (specificare coniuge, figlio, amministratore di sostegno, altro)

#### CHIEDE

la predisposizione del progetto personale per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare a favore di:

Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

#### DICHIARA

Che i dati relativi al beneficiario sono i seguenti:

##### A. CODICE FISCALE:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

##### B. COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:

|   | COGNOME E NOME | LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA | RELAZIONE DI PARENTELA | POSIZIONE LAVORATIVA |
|---|----------------|------------------|-----------------|------------------------|----------------------|
| 1 |                |                  |                 |                        |                      |
| 2 |                |                  |                 |                        |                      |
| 3 |                |                  |                 |                        |                      |
| 4 |                |                  |                 |                        |                      |
| 5 |                |                  |                 |                        |                      |

##### C. RICONOSCIMENTO CONDIZIONI DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA:

- HA CERTIFICAZIONE DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA GRAVE (ART.3, c.3 L.104/92)
- NON HA CERTIFICAZIONE DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA GRAVE (ART.3, c.3 L.104/92)
- HA INVALIDITA' CIVILE AL 100%
- NON HA INVALIDITA' CIVILE AL 100%
- PERCEPISCE INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
- NON PERCEPISCE INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO

- HA RICHiesto ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- NON HA RICHiesto ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- PERCEPISCE ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- NON PERCEPISCE ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L. REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)

**D. SITUAZIONE DI CURA/ ASSISTENZA:**

- ASSENZA DI FAMILIARI
- FAMILIARE CONVIVENTE ANZIANO/DISABILE \_\_\_\_\_
- RICHIESTA CURE DOMICILIARI SANITARIE \_\_\_\_\_
- CURE DOMICILIARI SANITARIE (SPECIFICARE TIPO DI INTERVENTO): \_\_\_\_\_
- ALTRO SUPPORTO PRIVATO (SPECIFICARE): \_\_\_\_\_
- MEDICO DI BASE \_\_\_\_\_

**E. ATTESTAZIONE I.S.E.E. SOCIO-SANITARIO IN CORSO DI VALIDITA' (D.P.C.M. 5/12/2013 n.159 e D.M. del 7/11/2014)**

- € ...../ANNO

**F. DI ESSERE IN POSSESSO DELLA DOCUMENTAZIONE ORIGINALE RELATIVA AI DATI DICHIARATI INERENTI L'I.S.E.E. E LE CONDIZIONI DI DISABILITA'**

**ALLEGA ALLA PRESENTE IN BUSTA CHIUSA:**

- 1) Copia certificazione sanitaria (L. 104/92, art. 3 comma 3);
- 2) Copia verbale di invalidità 100 %
- 3) Valutazione del Medico M. G. su scheda S.V.A.M.A. sanitaria (all. 2.2- e 2.3 cognitivo-funzionale);
- 4) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente
- 5) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del beneficiario

**Firma**

\_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto, consapevole che le informazioni fornite con la presente istanza sono necessari all'espletamento delle finalità istituzionali ad essa connesse, autorizza il Comune di Acireale al trattamento dei propri dati personali nei limiti delle finalità relative all'oggetto dell'istanza, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

Dichiara inoltre di essere informato che

- il titolare del trattamento dei dati raccolti è il Comune di Acireale in Via degli Ulivi n. 21 [protocollo@pec.comune.acireale.ct.it](mailto:protocollo@pec.comune.acireale.ct.it)
- il responsabile del trattamento è la Dott.ssa Giulia Cosentini [caposettoreservizisociali@comune.acireale.ct.it](mailto:caposettoreservizisociali@comune.acireale.ct.it)
- il responsabile della protezione dei dati è Santo Fabiano [dpo@santofabiano.it](mailto:dpo@santofabiano.it)

**Firma**

\_\_\_\_\_