

**AL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI
DEL DISTRETTO D. 52
VIA G. Falcone 5,
91025 MARSALA**

OGGETTO: ISTANZA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI SOSTEGNO DOMICILIARE ALLE FAMIGLIE CHE SI PRENDONO CURA DI UN FAMILIARE AFFETTO DA MORBO DI ALZHEIMER.

Il _____ sottoscritto\ a _____ nato\ a _____
il _____, residente
a _____ in via _____ tel _____
in qualità di familiare che si prende cura della persona appresso indicata (indicare grado di parentela) _____,

Chiede

Che il Sig.\ra _____ nato\ a _____ il _____
Residente a _____ in via _____;

possa essere ammesso al Servizio di Sostegno Domiciliare alla Famiglia che si prende cura di un Familiare affetto da morbo di Alzheimer.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445\2000, quanto segue:

- Che il Sig. _____:
- è affetto da patologia di Alzheimer, di grado medio lieve, comprovata da specifica certificazione;
- non beneficia del Bonus Socio Sanitario;
- non beneficia dell'indennità di accompagnamento;
- non fruisce di altri servizi domiciliari ;
- rientra nelle sotto elencate fattispecie (indicare con un croce la voce d'interesse):
 - ☐ Soggetto unico componente familiare ma assistito dalla rete parentale
 - ☐ Soggetto con invalidità civile dal 74%;
 - ☐ Soggetto convivente con coniuge invalido civile dal 74% in poi, o con altri familiari portatori di handicap ai sensi della L.104\92;
 - ☐ Soggetto convivente con figli o parenti in attività lavorativa (indicare con un croce la voce d'interesse) :
 - ☐ con due o più membri occupati
 - ☐ con un membro occupato
 - ☐ Soggetto in possesso di certificazione ai sensi della L 104/92
- Che il nucleo di convivenza familiare della persona assistita è così composto (elencare i componenti del nucleo familiare, anche quelli conviventi di fatto):

NOME E COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Nel caso di non convivenza con l'assistito\la

- Che il nucleo di convivenza familiare della persona che assiste, è così composto (elencare i componenti del nucleo familiare, anche quelli conviventi di fatto):

NOME E COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Allega alla presente:

- fotocopia della carta d'identità e codice fiscale del richiedente e della persona assistita ;
- certificato rilasciato dall'Unità Valutativa Alzheimer del Centro di salute Mentale di Marsala attestante la patologia di Alzheimer;
- eventuale certificato d'invalidità civile dal 74% della persona assistita e/o eventuale certificato rilasciato ai sensi della L. 104/92 ;
- eventuale certificato d'invalidità civile del coniuge dal 74% in poi;
- eventuale certificazione comprovante la disabilità, ai sensi della L.104/92, di altri membri che convivono con il soggetto da assistere;
- copia modello ISEE redditi anno 2007, attestante il reddito di tutti i componenti del nucleo familiare di convivenza familiare dell'assistito e del nucleo che assiste qualora non vi è convivenza; ;
- autocertificazione che attesti l'attività lavorativa, regolare, dei figli o dei parenti conviventi, ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio.

Marsala li _____

IL DICHIARANTE