

Al Sindaco del Comune di Marsala
c/o Servizi Sociali
Via G. Falcone 5,
91025 Marsala

OGGETTO: ISTANZA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE .-

Il sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il _____,
residente a _____ nella via/c.da _____ n. ____ Tel. _____,
nella qualità di (indicare il rapporto con il portatore di handicap) _____

Chiede

Che il disabile Sig. _____

C.F. _____ Nato/a _____ il _____,

residente a _____ nella via/c.da _____ n. _____

sia ammesso al Servizio di Assistenza Domiciliare in favore di persone con disabilità grave, accertata ai sensi dell'art.3, comma 3 della L. N. 104/1992;

A tal fine dichiara che _____ possiede i seguenti requisiti per l'accesso al servizio, quali:

- Di avere una disabilità grave, accertata ai sensi dell'art.3, comma 3 della L. N. 104/1992;
- Di non essere ricoverato/a in strutture residenziali e semiresidenziali ;
- Di non aver beneficiato del Bonus Socio- Sanitario anno 2009 ;
- Di non beneficiare di altri servizi domiciliari e/o distrettuali;

- ☐ **Di avere** beneficiato del servizio domiciliare in favore di persone con disabilità grave pubblicato nell'anno 2008;
- ☐ Di non avere beneficiato del servizio domiciliare in favore di persone con disabilità grave pubblicato nell'anno 2008;

- Che il nucleo di convivenza familiare 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

- Di autorizzare il Comune al trattamento dei dati personali per le finalità connesse con la richiesta ai sensi del L. 196/2003, anche per via informatica.

Allega alla presente:

- fotocopia della carta d'identità in corso di validità e codice fiscale del richiedente;
- fotocopia della carta d'identità in corso di validità e codice fiscale del disabile;
- certificato rilasciato ai sensi dell'art.3, comma 3 della L. N. 104/1992 dell'avente diritto;
- Eventuale certificato d'invalidità di altri familiari conviventi con invalidità del 100%;
- Copia del certificato ISEE redditi anno 2009, in corso di validità, attestante il reddito del soggetto DISABILE e di tutti i componenti del nucleo familiare di convivenza.
- Informativa resa dall'interessato all'atto della raccolta dei dati personali comuni e sensibili.

Il sottoscritto/a dichiara, altresì, di aver preso visione del bando e di accettare tutte le prescrizioni ivi indicate.

Allegati: come sopra.

Marsala li _____

IL DICHIARANTE

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO		PUNTEGGI
Età del beneficiario da 0 a 10 anni	5	
Età del beneficiario da 11 a 18 anni	10	
Età del beneficiario da 19 a 30 anni	15	
Età del beneficiario oltre 30 anni	20	
Presenza di altri minori (da 0 a 13 anni) nel nucleo familiare di convivenza	5	
Familiare convivente con invalidità al 100 %;	10	
Soggetto anagraficamente solo;	20	
Reddito ISE, 2009, personale e del nucleo familiare di convivenza fino ad € 7.000 ;	20	
Reddito ISE, 2009, personale e del nucleo familiare di convivenza fino ad € 8.000;	10	
Reddito ISE, 2009, personale e del nucleo familiare di convivenza fino ad € 11.000;	5	
Reddito ISE, 2009, personale e del nucleo familiare di convivenza oltre € 11.000 ;	0	
Reddito ISE, 2009, personale e del nucleo familiare di convivenza non presentato entro il termine stabilito nel presente avviso	0	
Soggetto che non ha fruito del servizio domiciliare in favore di persone con disabilità grave pubblicato nell'anno 2008.	20	
Totale punteggio		

Firma Componenti Commissione di valutazione
