

**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;
- è in possesso di invalidità civile di grado _____ %
- 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 convivente con coniuge invalido civile dal 74% in Poi;

☐ Soggetto convivente con altri membri portatori di handicap ai sensi della L.104/92;

☐ Soggetto in possesso di certificazione 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.

- 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 in cui il richiedente non convive con l'assistito\ta,** elencare i componenti del proprio nucleo familiare:

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, con data posteriore alla pubblicazione del bando;

- certificato d'invalidità civile della persona assistita ed eventuale certificato rilasciato ai sensi della L. 104\92 ;

- 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 dell'assistito;

- copia modello ISEE redditi anno 2007, attestante il reddito di tutti i componenti del nucleo familiare del richiedente, qualora non conviva con l'assistito;

- eventuale autocertificazione che attesti la regolare attività lavorativa dei figli o dei parenti conviventi, ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio.

Marsala li _____

IL DICHIARANTE