Ai Servizi Sociali Professionali

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MODULO RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE TRAMITE BUONI SOCIALI (VOUCHER)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_C.F. \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Tel \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede

□ PER SE STESSO

□ PER IL SIG./LA SIG.RA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_C.F. \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Tel \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di poter usufruire dei buoni sociali (voucher) per il sevizio di Assistenza domiciliare socio assistenziale ed integrato con i servizi sanitari in quanto appartenente ad una delle seguenti condizioni:

□ ANZIANO ULTRASESSANTACINQUENNE A RISCHIO FRAGILITÀ;

□ ANZIANO FRAGILE SOLO PRIVO DI UNA RETE FAMILIARE;

□ ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI);

□ ANZIANO PARZIALMENTE NON AUTOSUFFICIENTE;

□ ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE IN CONDIZIONE DI GRAVITÀ DI ETÀ INFERIORE A 65 ANNI;

□ DISABILE (indicare eventuale disabilità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

A tal fine si allega alla presente

1. fotocopia di un documento di identità in corso di validità del richiedente, (nel caso in cui la richiesta venga effettuata da delegato, allegare documento di identità di entrambi i richiedenti in corso di validità);

2. fotocopia del codice fiscale;

3. attestazione ISEE riferito ai redditi 2018;

4. eventuale certificazione di invalidità rilasciato dalla competente commissione ASL;

La presente sottoscrizione vale anche per accettazione del Disciplinare per la realizzazione dei servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale ed integrata con i servizi sanitari attraverso procedura di erogazione dei Buoni Sociali (Voucher), per assunzione di responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci e come impegno a comunicare ogni cambiamento che dovesse comportare variazioni nel diritto al beneficio dell’assistenza domiciliare.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_