



Regione Sicilia

Provincia di Catania

Comune di Camporotondo Etneo

Ufficio Servizi Sociali

DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

Ufficio Servizi Sociali
Comune di Camporotondo Etneo

Il/la

sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il

residente a _____ via

C.F. _____ Tel. _____

E-mail _____

CHIEDE

per se stesso

O nella qualità di figlio/a , tutore, curatore, altro (specificare) _____
_____ per conto del/della

Sig./Sig.ra

_____ nato/a _____ a _____
_____, il _____, residente in _____
_____ all'indirizzo

_____ C.F. _____

Recapito telefonico _____

di poter usufruire del Servizio di **Assistenza Domiciliare Anziani**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n.445 del 28/02/2000 e smi.

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti requisiti:

ETÁ

Età inferiore a 65 anni	
Dal 65° anno compiuto al 70° anno compiuto	
Dal 71° anno compiuto al 75° anno compiuto	
Dal 76° anno compiuto in poi	

CONDIZIONI FAMILIARI

Anziano che vive solo senza rete parentale* con disabilità 100%	
Anziano che vive solo senza rete parentale* con disabilità inferiore al 100%	
Anziano con inadeguato supporto familiare** con disabilità 100%	
Anziano con inadeguato supporto familiare** con disabilità inferiore al 100%	
Anziano che vive solo senza rete parentale* o con inadeguato supporto familiare** senza disabilità accertata	

- ❖ Per rete parentale si intende il parente o affine entro il 2° grado
- ❖ Per inadeguato supporto familiare si intende rete parentale residente fuori Comune o conviventi non autosufficienti

CONDIZIONI ABITATIVE

Casa situata in zona periferica *	
Casa situata in zona centrale	

CONDIZIONE ECONOMICA

I.S.E.E. del nucleo familiare	
DA € 0,00 A € 5.000,00	
DA €5.000,01 A € 10.000,00	
DA € 10.000,01 A €15.000,00	
DA € 15.000,01 A € 20.000,00	
da € 20.000,01 a 29.1560,49	

Si allega alla presente:

- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario se persona differente;
- Certificazione ISEE
- Altra certificazione
(specificare) _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Data _____

FIRMA