



# PAGUS

**Consorzio intercomunale dei Servizi Sociali  
Distretto RM 5.2**

*AL SERVIZIO SOCIALE*

*DEL COMUNE* \_\_\_\_\_

**OGGETTO: RICHIESTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

**A favore di** \_\_\_\_\_ **(nome e cognome dell'utente)**

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**Nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Residente** \_\_\_\_\_ **Via/P.za** \_\_\_\_\_

**n°** \_\_\_\_\_

**Tel** \_\_\_\_\_ **cell.** \_\_\_\_\_

**In qualità di** \_\_\_\_\_

	Beneficiario
	Delegato del beneficiario
	Tutore o Amministratore di sostegno del beneficiario
	Altro _____

## CHIEDE

### L'Assistenza Domiciliare

Anziani dai 65 anni (ADI)       Disabili 0-65 anni (ADH)

per il sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/P.za \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE				
COGNOME E NOME	ETA'	GRADO DI PARENTELA	ANZIANO dai 65 anni	DISABILE O INVALIDO

Indicatore della situazione economica equivalente	Quota oraria di compartecipazione degli utenti
Da € 0 a 6.500,00	esente
Da € 6.501,00 a 8.500,00	€ 1,00
Da € 8.501,00 a 10.500,00	€ 2,00
Da € 10.501,00 a 15.000,00	€ 3,00
Da € 15.001,00 a 20.000,00	€ 4,00
Da € 20.001,00 a 30.000,00	€ 5,00

Da € 30.001,00 a 40.000,00	€ 6,00
Da 40.001,00 a 50.000,00	€ 7,00
Da 50.001,00 ed oltre	€ 8,00

Si allega alla presente, **pena l'esclusione**, la seguente documentazione relativa al beneficiario del servizio in oggetto:

- Copia del verbale della L. 104/92 e/o invalidità civile (per gli utenti in ADH);
- Dichiarazione sostitutiva Unica con ISEE sociosanitario ai sensi del DPCM n. 159/2013. Qualora l'ISEE non pervenga entro il 31 marzo di ogni anno, la quota di compartecipazione alla spesa dovrà esser corrisposta nella misura dell'importo maggiore previsto da tabella di riferimento;
- Dichiarazione di eventuale frequenza presso strutture a carattere riabilitativo;
- Copia del documento di identità del beneficiario del servizio e dell'eventuale richiedente, se persona diversa dal beneficiario.
- Scheda Salute da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale /Pediatra di libera scelta.

Ai sensi dell'art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445, mi dichiaro consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

Luogo e data

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ con documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

ai sensi della legge 196/2003 autorizzo gli operatori del Servizio Sociale del Comune di \_\_\_\_\_ ad acquisire e trattare tutti i dati e le informazioni necessarie alla realizzazione dell'intervento sociale richiesto, per le finalità istituzionali dell'Ente, e a tenere presso i propri archivi la documentazione cronologica delle azioni svolte.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

in fede

\_\_\_\_\_