



COMUNE DI MELILLI

PROVINCIA DI SIRACUSA

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

A VALERE SU FONDI COMUNALI

IL SINDACO

VISTO le L.R. 06 maggio 1981 n. 87 e 25 marzo 1986, n. 14;

VISTO il Regolamento Comunale relativo all'Assistenza Domiciliare agli Anziani;

INVITA

Gli anziani di ambo i sessi che abbiano compiuto il 60° anno di età, per gli uomini ed il 55° anno di età per le donne, che hanno necessità di usufruire del servizio di "Assistenza Domiciliare" **per l'anno 2017-2018**, a presentare al Comune istanza in carta semplice, corredata dalla seguente documentazione:

- 1) copia del verbale attestante il grado d'invalidità e/o indennità di accompagnamento e/o copia del verbale 104/92 se in possesso;
- 2) certificato medico attestante i dati anagrafici, lo stato di salute (AUTOSUFFICIENTE – PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE – NON AUTOSUFFICIENTE) e le condizioni psicofisiche dell'anziano richiedente;
- 3) attestazione I.S.E. in corso di validità.

L'ufficio competente si riserva di richiedere eventuale ulteriore documentazione ai fini dell'istruttoria.

L'istanza completa di tutta la documentazione, pena l'esclusione dovrà essere presentata anche da coloro che usufruiscono del servizio per il corrente anno.

SI RENDE NOTO che, l'accesso gratuito al servizio di Assistenza Domiciliare è assicurato a coloro i quali la situazione economica complessiva non superi i limiti stabiliti dalle leggi vigenti.

Il possesso di redditi superiori darà luogo alla compartecipazione al costo del servizio.

La richiesta completa di tutta la documentazione, pena l'esclusione, dovrà pervenire al protocollo generale del Comune **entro e non oltre il 06/10/2017.**

dalla Residenza Municipale, li

Il Sindaco
Giuseppe Carta

Al Sig. Sindaco del Comune di
MELILLI

OGGETTO: ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI A VALER SU FONDI COMUNALI

l/1 sottoscritt _____
nat_ a _____ il _____
e residente a Melilli in via _____ tel. _____

O

l sottoscritt _____ nat_ a _____
il ___ / ___ / ___ in nome e per conto di _____ nat_ a _____
_____ il ___ / ___ / ___ in qualità di _____

CHIEDE

Di essere ammesso a fruire delle seguenti prestazioni di
ASSISTENZA DOMICILIARE

- AIUTO DOMESTICO
- DISBRIGO PRATICHE

Allega alla presente:

1. Attestazione I.S.E. in corso di validità;
2. Certificato medico attestante i dati anagrafici, lo stato di salute (Autosufficiente; Parzialmente autosufficiente; Non autosufficiente) e le condizioni psicofisiche dell'anziano ;
3. Copia del verbale attestante il grado d'invalidità e/o copia L. 104/92 se in possesso;
4. Copia documento di riconoscimento;

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, comma 1-2-3-4 per le ipotesi di falsità in atti e/o dichiarazioni mendaci e ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00;

- Che il proprio nucleo familiare è composto da:

_____;

- Che la situazione economica del proprio nucleo familiare è quella contenuta nella allegata attestazione I.S.E.;
- Di vivere da sola/o;
- Di vivere c/o altra famiglia;
- Di essere/non essere in possesso dell'indennità di accompagnamento.

Si autorizzano gli uffici preposti al trattamento dei dati per gli usi esclusivi all'istruttoria della pratica.

IL RICHIEDENTE

Melilli, li _____
