

OGGETTO: Richiesta Assistenza domiciliare non autosufficienti gravi - ADNAG - Progetto “HOPE”

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in Via _____
C.F.: _____ tel _____,

CHIEDE

di poter beneficiare, nell'ambito del progetto “HOPE” attivato da Codesta Amministrazione degli interventi di cui all'azione ADNAG - Assistenza domiciliare non autosufficienti gravi ed in particolare di

- servizio di assistenza domiciliare ed extradomiciliare con intervento di operatore socio sanitario
- assegno di cura
- ◆ per se stesso/a
- ◆ per il/la Sig./ra _____

(indicare di seguito il grado di parentela* con il/la beneficiario/a) _____

*Grado di parentela: marito/moglie figlio/a genero/nuora nipote altro

nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____
C.F.: _____ tel _____.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso atti falsi richiamate all'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- ◆ che il/la beneficiario/a è in condizioni di non autosufficienza grave
- ◆ che il reddito del nucleo familiare ai fini ISEE non è superiore a € 13.000,00
(condizione richiesta solo per la fruizione di assegni di cura);

Allega alla presente:

- ◆ Certificato del medico di base attestante la condizione di non autosufficienza oppure Copia verbale invalidità o handicap Legge 104/92;
- ◆ Attestazione ISEE 2017;
- ◆ Documento d'identità.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13, c.1, del D. Lgs. 30 giugno 2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
Mormanno, li _____ (firma)
