

**Al Distretto Socio Sanitario D.28
c/o Comune Capofila di
Barcellona Pozzo di Gotto**

OGGETTO: Richiesta servizio di Assistenza Domiciliare Anziani - Pac Anziani 2015-

Il/La sottoscritto/a nato/a a
il..... residente in Via..... C.F.....
tei/Celi

CHIEDE

Di usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare Anziani - Pac Anziani 2015 relativamente alle seguenti prestazioni:

- Aiuto Domestico
- Igiene e cura della persona
- Disbrigo pratiche
- Sostegno psicologico

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA Di

possedere i requisiti previsti per l'ammissione al servizio; Che il

proprio nucleo familiare è così composto:

N.	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data di Nascita

Di aver percepito, nell'anno 2013, i seguenti redditi determinati secondo la normativa vigente dal 02/01/2015 valevole per la richiesta delle prestazioni sociali agevolati:

Che è stato calcolato il seguente indicatore:

ISEE ORDINARIO

L'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) è il seguente €

Che, relativamente all'indicatore calcolato, il reddito complessivo percepito dal proprio nucleo familiare nell'anno 2014 è il seguente:

Somma dei redditi dei componenti del nucleo	€
Reddito figurativo del patrimonio mobiliare del nucleo	€
Detrazioni per spese e franchigie del nucleo	€
Indicatore situazione reddituale (ISR)	€
Patrimonio mobiliare del nucleo	€
Detrazione patrimonio mobiliare	€
Patrimonio immobiliare del nucleo	€
Detrazione patrimonio immobiliare	€
Indicatore Situazione Patrimoniale (ISP)	€
- L'indicatore della situazione economica (ISE)	€
- Parametro calcolato in base al numero dei componenti del nucleo	
Eventuali maggiorazioni applicate	
Valore della scala di equivalenza Eventuali maggiorazioni applicate	

Allega alla presente:

1. Certificazione medica redatta dal medico curante attestante la necessità di usufruire del servizio, in relazione alle proprie condizioni di salute.
2. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Autorizza ai sensi delle vigenti disposizioni sulla privacy il trattamento dei dati ai fini del presente procedimento.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole della decadenza dal beneficio in caso di ammissione al servizio, per dichiarazione rese non veritieri, punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data

FIRMA