

	Amministrazione destinataria Comune di Pescara	
	Ufficio destinatario Servizio politiche sociali - famiglia e disabilità	

Domanda di accesso al gruppo appartamento per anziani autosufficienti

Il sottoscritto										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Domicilio										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
Soggetto interessato										
☐	per sè stesso									
☐	per la persona di seguito specificata									
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
In qualità di (*)										

In qualità di (*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale, altro titolo

CHIEDE

l'inserimento e la permanenza presso la suddetta struttura sono determinati dalla sussistenza della propria condizione di autosufficienza.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☒ essere a conoscenza che la predisposizione degli interventi è subordinata alla valutazione e all'elaborazione del progetto personalizzato da parte del servizio sociale professionale

- ☒ essere a conoscenza che la predisposizione degli interventi è subordinata a un valore ISEE non superiore a 8.000,00 €

Importo ISEE	Valore ISE	Data presentazione DSU
€	€	
Numero protocollo DSU		Data scadenza certificazione

Composizione del nucleo familiare

Numero adulti	Numero minori

☐ 1° componente		
Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Tipologia altri redditi (*)		Importo
		€

☐ 2° componente		
Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Tipologia altri redditi (*)		Importo
		€

☐ 3° componente		
Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Tipologia altri redditi (*)		Importo
		€

☐ 4° componente		
Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Tipologia altri redditi (*)		Importo
		€

☐ 5° componente		
Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Tipologia altri redditi (*)		Importo
		€

6° componente		
Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Tipologia altri redditi (*)		Importo
		€

7° componente		
Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Tipologia altri redditi (*)		Importo
		€

8° componente		
Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Tipologia altri redditi (*)		Importo
		€

9° componente		
Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Tipologia altri redditi (*)		Importo
		€

Tipologia (*): assegno per maternità e nucleo familiare, assegno sociale, indennità accompagnamento, pensioni: invalidità civile, da lavoro, di reversibilità, di inabilità, RDC, REI, vitalizi, altro

Nel nucleo familiare sono presenti persone con invalidità civile e Legge 05/02/1992, n. 104

1° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	

2° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	

3° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	

☐ 4° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	

☐ Abita in	
Alloggio	
☐	proprietà
☐	in affitto
☐	di proprietà di ente pubblico
☐	altro (specificare)

☐ Paga mensilmente la somma di
Canone mensile
€

In caso di accettazione della richiesta,

SI IMPEGNA

- ☒ a provvedere autonomamente, in relazione alle proprie disponibilità, alle spese vive necessarie alle esigenze personali
- ☒ a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione circa il reddito, la situazione familiare e socio-sanitaria che possano incidere in maniera determinante sui requisiti dell'inserimento

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☒	certificato del medico curante, convalidato dal Servizio di Medicina Legale e del Lavoro della A.S.L. attestante che l'anziano è autosufficiente, non è affetto da malattie infettive e diffusive, né da turbe mentali e che può vivere in comunità
☐	copia della sentenza di separazione legale/divorzio
☐	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
☐	copia della certificazione attestante l'importo mensile netto delle entrate percepite
☐	copia del documento di identità (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
☐	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Pescara

Luogo

Data

Il dichiarante