

All. b) (modello di domanda da presentare entro il 30 novembre 2011)

Ai Servizi Sociali del Comune di _____
facente parte del Distretto Socio-Sanitario D1 di Agrigento

Oggetto: Richiesta di ammissione al servizio integrato socio – assistenziale e socio – sanitario in favore di minori ed adulti con disagio psico - fisico e sensoriale.

Io sottoscritto/a _____ residente a _____ in via _____
tel. _____ a nome proprio _____

oppure

in qualità di (specificare se familiare o persona incaricata autorità giudiziaria) _____

in nome e per conto del/la Sig./ra: _____

nato/a _____ il _____ residente a _____ in
via _____, tel. _____

CHIEDO

L'AMMISSIONE AL SERVIZIO PER LA SEGUENTE AREA DI INTERVENTO:

(segnare solo l'area d'intervento richiesta)

- 1. Area assistenziale, articolata in: presa in carico, servizio di assistenza domiciliare, servizio di accompagnamento;
- 2. Area Riabilitativa, articolata in: servizi di fisioterapia, servizi di logopedia, servizio di riabilitazione socio relazionale
- 3. Area socio – ricreativa, articolata in: attività ludico, ricreativa e di animazione, attività grafico- pittoriche, cineforum, attività sportiva
- 4. Area Comunicazione: azione di informazione e di orientamento ai servizi disponibili nel territorio

A TAL FINE DICHIARO, sotto la propria responsabilità:

- 1. di aver preso visione dell'avviso dell'area disabilità in favore di minori ed adulti con disagio psico – fisico e sensoriale
- 2. di essere consapevole in particolare che il servizio sarà erogato su valutazione dell'Unità di valutazione distrettuale (UVD) e del servizio sociale di codesto Comune, per come indicato nell'avviso.

- 3. di essere consapevole di quanto previsto nell'avviso in ordine alla compartecipazione al costo del servizio.
- 4. di non fruire di altri servizi erogati da codesto Comune.
oppure in caso di fruizione specificare quali
- 5. di fruire di altri servizi erogati da codesto Comune e precisamente: _____

- 6. di impegnarmi a comunicare tempestivamente e per iscritto a codesto Comune ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, reddituali, nonché eventuali rinunce al servizio o motivi che determinano la sospensione temporanea.

PER LA VALUTAZIONE E L'ACCOGLIMENTO DELLA RICHIESTA, ALLEGO:

- Certificato di residenza;
- Certificato di stato di famiglia;
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido del soggetto che presenta la domanda;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del disabile, per cui si chiede l'assistenza;
- Indicatore situazione economica equivalente (ISEE in corso di validità -anno 2011 riferito al reddito anno 2010) del nucleo familiare convivente con l'utente
in caso di disabilità rientrante nel comma 3, art. 3 della legge 104/92 (handicap permanente grave) va prodotto:
ISEE in corso di validità -anno 2011 riferito al reddito anno 2010 della sola persona con handicap permanente grave di cui all'art. 3, comma 3 della legge 104/92 ;
- Copia della certificazione medica attestante la disabilità della legge 104/92.
- Copia di altra certificazione rilasciata da organismi pubblici competenti attestante la patologia della disabilità (*ai fini valutativi per la formulazione della graduatoria*).

Per le situazioni di disabilità recenti per cui non si è ancora in possesso della superiore certificazione ai sensi della legge 104/92 dovrà essere prodotto:

- Certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità, allegando copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi della legge 104/92..

DICHIARO di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) che il conferimento dei dati sopra richiesti è obbligatorio ai fini dell'avvio del procedimento in oggetto e a tal fine autorizza, il trattamento dei dati personali per i fini istituzionali dell'Ente.

...../...../2011

In Fede

(allegare fotocopia di un valido documento d'identità del firmatario)