

## DOMANDA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA PERSONA

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Ai fini dell'attestazione dei requisiti e delle condizioni stabilite dal vigente regolamento per la realizzazione di interventi e prestazioni in campo sociale distretto RM/H4 – Comuni Ardea - Pomezia, approvato con deliberazione di Consiglio Comunale n° 43 del 30 giugno 2015, per usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare alla Persona.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)
NATO/A _____ PROV. (____) (PER GLI STRANIERI INDICARE LO STATO DI NASCITA)
IL _____ RESIDENTE NEL COMUNE DI _____
VIA _____ N. _____ C.A.P. _____
TEL. _____ CODICE FISCALE _____
INDIRIZZO PRESSO IL QUALE DESIDERA RICEVERE LE COMUNICAZIONI (SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)
VIA _____ N. _____
PRESSO _____ CAP _____ CITTÀ _____

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46/47 (ed all'art. 3) della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 – *Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*, consapevole delle sanzioni previste all'art. 76 e della decadenza dai benefici previsti dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

### CHIEDE

di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare alla Persona. A tal fine

### DICHIARA

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno Stato aderente all'Unione Europea;
- di essere cittadino di uno Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di permesso di soggiorno n° \_\_\_\_\_, rilasciato in data \_\_\_\_\_ dal Questore di \_\_\_\_\_ valido fino al \_\_\_\_\_, oppure carta di soggiorno n° \_\_\_\_\_, rilasciata il \_\_\_\_\_ dal Questore di \_\_\_\_\_, ai sensi del Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n° 286, esercitando regolare attività lavorativa;
- di avere la residenza anagrafica nel Comune di Pomezia;
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	COGNOME	NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	RAPP. DI PARENTELA
1				Richiedente
2				
3				
4				
5				

6			
---	--	--	--

che il reddito annuo complessivo dell'intero nucleo familiare, così come determinato quale indicatore socio – economico equivalente (I.S.E.E.), è pari ad € \_\_\_\_\_ ;

che percepisce una pensione pari ad € \_\_\_\_\_ ;

che percepisce assegno di accompagnamento pari ad € \_\_\_\_\_ ;

che i soggetti facenti parte della rete familiare tenuti all'assistenza materiale del sottoscritto/a, sono i seguenti:

1	COGNOME _____	NOME _____
	NATO/A _____	PROV. (____) IL _____
	GRADO DI PARENTELA _____	

2	COGNOME _____	NOME _____
	NATO/A _____	PROV. (____) IL _____
	GRADO DI PARENTELA _____	

3	COGNOME _____	NOME _____
	NATO/A _____	PROV. (____) IL _____
	GRADO DI PARENTELA _____	

4	COGNOME _____	NOME _____
	NATO/A _____	PROV. (____) IL _____
	GRADO DI PARENTELA _____	

### SI IMPEGNA

a pagare la percentuale di contribuzione nella misura stabilita all'art. 20 del vigente regolamento per la realizzazione di interventi e prestazioni in campo sociale distretto RM/H4 – Comuni Ardea - Pomezia, approvato con deliberazione di Consiglio Comunale n° 43 del 30 giugno 2015;

### È A CONOSCENZA CHE

in caso di omesso pagamento del contributo di cui al punto innanzi, sarà considerato rinunciatario del servizio.

Il/la sottoscritto/a, i cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente modulo, DICHIARA CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLO STESSO CORRISPONDE AL VERO, nonché:

- ✓ di aver preso piena conoscenza di tutte le norme e condizioni stabilite nel vigente regolamento per la realizzazione di interventi e prestazioni in campo sociale distretto RM/H4 – Comuni Ardea - Pomezia, approvato con deliberazione di Consiglio Comunale n° 43 del 30 giugno 2015, a tutti i fini dello stesso, si impegna a produrre, nei termini e con le modalità che gli verranno indicati, tutta la documentazione che il Comune ritenesse necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile che gli venisse richiesta;
- ✓ di essere a conoscenza che dovrà presentare obbligatoriamente e per ogni anno di prestazione del servizio, pena la decadenza delle agevolazioni di pagamento, la dichiarazione ISEE aggiornata;
- ✓ di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n° 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto dei benefici eventualmente conseguiti in virtù del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato;
- ✓ di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, da parte della Guardia di Finanza presso gli Istituti di Credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli art. 4 comma 2 del D.lgs. 31.03.1998 n° 109 e art. 6 – comma 3 – del D.P.C.M. 07.05.1999 n° 221 e succ. mod. e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata, nonché essere effettuati confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze;
- ✓ di essere consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dal beneficio.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196 e successive modificazioni, autorizza il Comune a richiedere agli Uffici competenti, inclusi gli Uffici finanziari, ogni eventuale atto o informazione utile ai fini della valutazione della presente domanda, nonché al trattamento dei dati personali acquisiti.

**Esonera** l'operatore comunale da ogni responsabilità in merito all'eventuale assistenza fornita nella compilazione della domanda e **si impegna** inoltre a comunicare al Servizio socio-assistenziale del Comune di Pomezia ogni cambio di indirizzo o domicilio, personalmente o con lettera raccomandata A/R.

**Si allega:**

- fotocopia del documento d'identità;
- Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.) – Modello I.S.E.E. riferita ai redditi dell'anno \_\_\_\_\_, rilasciata da organismo autorizzato;
- per gli stranieri copia del permesso o carta di soggiorno ai sensi degli artt. 5 e 7 della Legge 08.03.1998 n° 40;
- certificato medico che attesti le condizioni del paziente e l'effettiva necessità di usufruire dell'assistenza domiciliare;
- copia del verbale rilasciato dalla competente Commissione A.S.L. attestante il riconoscimento di invalidità civile (ove esistente);
- certificazione di cui all'art. 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n° 104 (ove esistente);
- eventuale certificato di dimissione da Strutture Sanitarie;
- altro: \_\_\_\_\_ ;

DATA, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_