



COMUNE DI POMIGLIANO D'ARCO

SETTORE 5 – AFFARI GENERALI- SERVIZI SOCIALI E SERVIZI INFORMATICI

CORSO VITTORIO EMANUELE, PALAZZO OROLOGIO, 309 - 80038 POMIGLIANO D'ARCO – pec

affarisociali.pomigliano@asmepec.it. – TEL 081-8033153 - 081 - 0818844520

Allegato A

Al Comune di Pomigliano d'Arco

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE DI ACCEDERE AL SERVIZIO DI :

- Assistenza Domiciliare Disabili Minori

in qualità di †1 - Genitore †2 - Tutore (allegare copia decreto tribunale)

†3 - Altro Familiare †4 – Altro (Specificare) _____

Dati del beneficiario

Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ alla via _____ n° _____

telefono _____ Sesso M F

Nazionalità _____ Codice Fiscale _____

Frequentante l'Istituto Scolastico _____ Plesso _____ Classe _____

Sez _____

L'utente, o il nucleo familiare di appartenenza, beneficia già di altri servizi † SI † NO

In caso affermativo specificare quali _____

N.B. Alla presente domanda allegare fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità e stato di famiglia del beneficiario

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi dell'Art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003

Data

Firma del richiedente

(Autodichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000 art. 45 e 46)

- Sezione 1 -

SERVIZIO DOMICILIARE PER SOGGETTI DIVERSAMENTE ABILI

Parametri per soggetti di età compresa tra 0 e 18 anni

(barrare solo la casella del proprio stato all'atto della presentazione della domanda)

- Persone con disabilità con un solo genitore ultrasessantacinquenne
- Persone con disabilità con un solo genitore
- Persone con disabilità con due genitori ultrasessantacinquenni

**ULTERIORI CONDIZIONI DI FRAGILITA' PRESENTI
NEL NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE**

- Presenza nel nucleo familiare del richiedente di un componente con disabilità (Oltre il richiedente in caso di soggetti di età inferiore a 65 anni)
- Presenza nel nucleo di un familiare affetto da patologie croniche degenerative
- Presenza di ulteriori condizioni di particolare fragilità non ricomprese nelle fattispecie precedenti – specificare di seguito la tipologia di fattispecie:
Persona in carico al servizio sociale professionale

.....

Si allega al modulo di domanda la seguente documentazione:

- *Certificazione ISEE in corso di validità (obbligatoria)*
- *Legge 104/92;*
- *Diagnosi funzionale rilasciata dal competente Servizio dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL), ai sensi della L. 104/92 - aggiornata al passaggio di ciclo scolastico - con richiesta motivata di assistenza materiale redatta sul modello dell'allegato C;*
- *Documenti di riconoscimento del minore e dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale/tutori;*
- ***Altre Certificazioni allegate (Specificare il tipo di certificazione allegata)***

Eventuali annotazioni relative alla condizione socio ambientale del nucleo familiare del beneficiario*:

****Gli elementi dichiarati saranno soggetti a verifica da parte dei servizi sociali.***

Il sottoscritto dichiara di accettare che l'assegnazione del numero di ore e la conseguente compartecipazione alla spesa per il servizio sarà subordinata al numero di istanze pervenute e alla disponibilità di ore a disposizione dell'Ente erogatore.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Autorizzo il trattamento dei miei dati ai sensi dell'Art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 e dell'art. 13 del GDPR 679/2016

Firma del richiedente
