Amministrazione destinataria

Comune di Voghera

Ufficio destinatario

Settore Servizi Sociali e Pubblica Istruzione

Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'inserimento nella graduatoria per l'assegnazione del Voucher per il Servizio di Assistenza Domiciliare per

Numero ore settimanali

- ○ per sé stesso
- ○ per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

per il seguente motivo

Motivazione

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

- ◯ di essere invalido civile

  Percentuale invalidità

- ◯ di non essere invalido civile

che il nucleo familiare del beneficiario è composto da

☐ **componente n. 1**

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Stato civile | **Rapporto di parentela**

Professione | **% Disabilità**

☐ **componente n. 2**

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Stato civile | **Rapporto di parentela**

Professione | **% Disabilità**

☐ **componente n. 3**

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Stato civile | **Rapporto di parentela**

Professione | **% Disabilità**

☐ **componente n. 4**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Stato civile	Rapporto di parentela

Professione	% Disabilità

DICHIARA INOLTRE

☑ di aver compreso e di accettare le modalità di erogazione del servizio, individuando la Cooperativa

Nome cooperativa

☑ di impegnarsi al pagamento, con decorrenza dalla data di attivazione del servizio, della tariffa oraria di €

Importo

€

☑ di impegnarsi a comunicare all'Ufficio Servizi Sociali (tel 0383 336424) ogni variazione dei dati forniti per la presente comunicazione, nonché l'eventuale sospensione, anche temporanea, del servizio

☐ di usufruire dei seguenti servizi domiciliari o di averli richiesti (compilare solo in caso affermativo)

Tipologia servizio	Indicare da quando è in corso	Indicare da quanto tempo è stato richiesto
Voucher sociale		
Voucher socio sanitario ASL		

☑ che il voucher sociale verrà utilizzato per

- ☐ prestazioni di aiuto alla persona (igiene personale, aiuto per favorire l'autosufficienza nelle attività giornaliere, sostegno nella vita di relazione, ecc..)
- ☐ prestazioni complementari (servizio di lavanderia, preparazione pasti, ecc.)
- ☐ prestazioni aiuto domestico (pulizia dell'abitazione, spesa, ecc.)
- ☐ trasporto
- ☐ altro

Specificare

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

- [x] copia dell'attestazione ISEE
- [ ] copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- [ ] copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- [ ] altri allegati

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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Voghera		