

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE di CAMPOBASSO

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno
Castropignano - Durella - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccavivara - Salcito
San Biase - Sant' Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturo

CHIEDE

Di aver bisogno delle seguenti prestazioni di assistenza e sostegno domiciliare:

- INTERVENTO SULL'AMBIENTE (aiuto per il governo della casa)
- INTERVENTO SULLA PERSONA (pulizia per l'igiene e la cura della persona, vestizione, aiuto nella deambulazione)
- ENTRAMBE LE PRESTAZIONI

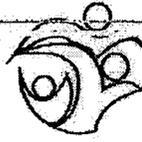
Nel caso in cui il richiedente è già assistito e vuol fare richiesta di

- INCREMENTO ORE DI ASSISTENZA DOMICILIARE

DICHIARA

- di aver presentato istanza di assistenza domiciliare anziani nell'ANNO _____
(Spuntare la casella solo nel caso di richiesta incremento ore);
- che il proprio nucleo familiare, così come risulta dai registri anagrafici del comune di Campobasso è composto da n. _____ persone in tabella riportate:

| COGNOME | NOME | CODICE FISCALE | DATA DI NASCITA | GRADO DI PARENTELA |
|---------|------|----------------|--------------------|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE di CAMPOBASSO

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccapivara - Salcito
San Biase - Sant' Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturò

- Che dalla dichiarazione sostitutiva unica, relativa all'anno _____ e all'interno del nucleo familiare già dichiarato, attestazione n. _____ debitamente compilata dal centro di assistenza fiscale _____ di _____ sottoscritta in data _____ valida fino al _____ risulta:
Valore ISB € _____ Valore ISEE € _____
Valore SCALA di EQUIVALENZA _____

Documentazione necessaria da allegare alla domanda:

- Certificato medico curante attestante le condizioni cliniche dell'eventuale beneficiario;
- Fotocopia del documento di identità del beneficiario e di chi presenta la domanda;
- Attestazione ISEE;

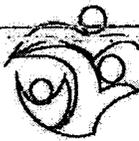
Allegare, qualora in possesso:

- Verbale di invalidità;
- Verbale di accompagnamento;

Il/La sottoscritto/a autorizza, ai sensi del D.lgs. 196/2003, al trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente, rilasciati per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare.

Luogo e data _____

Firma _____



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE di CAMPOBASSO

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno
Castroplignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccapivara - Salcito
San Biase - Sant' Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturro

Informativa sull'uso dei dati personali

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.L. n. 196/2003 (e ss. mm. e/o ii.) e del Regolamento UE n. 679/2016.

Il/La sottoscritto/a autorizza il personale degli Enti attuativi degli interventi al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.lgs. 30/06/2003, n.196- T.U. sulla privacy che, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (D.Lgs.30/07/1999, n.281).

Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità sopra indicate.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali

- Accenso
- Non accenso

al trattamento per le finalità dell'informativa.

N.B. La prestazione del consenso al trattamento dei dati è indispensabile per lo svolgimento dell'istruttoria finalizzata all'erogazione del contributo oggetto della domanda.

Nome e cognome del richiedente

Campobasso Il _____

(Firma leggibile)

Si attesta che, in data Il/la Sig./ra

ha presentato istanza di

Campobasso, li.....

FIRMA DEL DIPENDENTE