Società della Salute della Valdera

Comuni di Bientina, Buti, Calcinaia, Capannoli, Casciana Terme, Chianni , Crespina, Lajatico, Lari, Palaia, Peccioli, Ponsacco, Pontedera, S. Maria a Monte, Terricciola e Azienda USL n.5

CONSORZIO PUBBLICO DI FUNZIONI
ZONA VALDERA

Provincia di Pisa

Modulo per la domanda di prestazioni sociali

Alla SdS Valdera

Presidio distrettuale di _____

Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____nato/a _____

_____Provincia _____il _____|_____|_____|

residente a _____

in via/piazza _____ n._____ tel. _____

Stato civile _____ Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Documento di riconoscimento: tipo_____N._____

rilasciato da _____

su invio di: Ente _____persona _____

dichiara

Situazione familiare

☐ che i componenti del nucleo familiare sono quelli specificati nella DSU allegata alla presente domanda;

☐ *In caso di mancata presentazione della DSU*: che i componenti del nucleo familiare convivente sono i seguenti:

Cognome e nome	Dati anagrafici	Relazione di parentela	Occupazione (specificare orario di lavoro)

☐ che nel nucleo familiare di cui sopra sono presenti i seguenti conviventi non autosufficienti o disabili:

_____

☐ di non avere familiari non conviventi indicati all'art.433 del codice civile

☐ di avere i seguenti familiari non conviventi indicati all'art.433 del codice civile:

	Cognome e Nome	Condizione lavorativa	Indirizzo	Telefono
Figli				
Genitori				
Suoceri				
Fratelli/ Sorelle				

☐ di convivere con il solo coniuge affetto da patologie che rendono difficoltoso l'accudimento

Situazione reddituale

☐ che i redditi percepiti non soggetti a IRPEF sono i seguenti

_____

_____

☐ di non aver percepito nessun premio assicurativo per i danni che hanno determinato la condizione di non autosufficienza

☐ di non essere in attesa di riscossione di arretrati pensionistici, assicurativi o di invalidità civile

☐ di non aver ceduto negli ultimi 3 anni a titolo oneroso, gratuito e/o con donazione, la proprietà e/o altri diritti reali su propri beni immobili

☐ di utilizzare l'indennità di accompagnamento interamente ☐, parzialmente ☐, per assistenza personale come di seguito precisato:

_____

_____

Situazione lavorativa

☐ che le condizioni lavorative o di non occupazione indicate nella DSU persistono alla data odierna

☐ *in caso di mancata presentazione della DSU*: di svolgere l'attività di _____presso _____o, in alternativa, di svolgere lavoro autonomo nel settore

_____

☐ di essere iscritto all'ufficio provinciale per l'impiego di _____

Notizie generali

☐ di trovarsi senza fissa dimora

☐ di possedere le seguenti autovetture e moto *(indicare tipo, anno di immatricolazione, anno di acquisto e intestazione. N.B.: informazione necessaria per le richieste di contributo economico)*

_____

_____

☐ che il medico curante (MMG o PLS) del beneficiario della prestazione è il Dott./Dott.ssa (*indicare anche indirizzo, numero telefonico e orario di ricevimento)*

_____

☐ di essere in possesso del permesso di soggiorno

☐ di non avere pendenze con la legge per reati penali

CHIEDE

la concessione dell'intervento sociale sotto specificato:

CONTRIBUTO ECONOMICO O BUONO SERVIZIO

Ente gestore comunale

☐ Contributo monetario continuativo

☐ Contributo monetario straordinario

☐ Contributo monetario economale (urgente)

☐ Esenzione o riduzione dal pagamento di servizi comunali quali _____

☐ Buoni per acquisto di generi alimentari

☐ Buoni servizio per Assistenza Domiciliare per _____

Ente gestore ASL

☐ Contributo economico a sostegno della genitorialità

☐ Contributo economico per assistenza domiciliare indiretta per _____

☐ Buoni servizio per Assistenza Domiciliare per _____

☐ Buono servizio per interventi di aiuto alla persona in situazione di gravità

SERVIZIO

Ente gestore comunale

☐ Servizio mensa popolare

☐ Assistenza Domiciliare per _____

Ente gestore ASL

☐ Assistenza Domiciliare Integrata per _____

☐ Telesoccorso

☐ Intervento educativo per minori

☐ Servizio di aiuto alla persona in situazione di gravità

☐ Assistenza educativa e socio-riabilitativa per disabili

☐ Inserimento in Centro Diurno per _____

RICOVERO

☐ Inserimento residenziale presso la Residenza Assistita pubblica o convenzionata

_____

☐ Inserimento in R.S.A.

☐ Inserimento in Casa Famiglia/Comunità alloggio per

_____

☐ Inserimento in Centro di 2° accoglienza di Bientina

ALTRO

☐ Trasporto sociale

☐ Trasporto sociale scolastico

☐ Prodotti aproteici

☐ Materiale sanitario

☐ Affidamento di minore con relazione di parentela

Allega alla domanda la seguente documentazione:

☐ Attestazione ISEE e relativa D.S.U. del richiedente la prestazione *(necessaria per tutte le richieste tranne: trasporto sociale scolastico, tutti i servizi per disabili (tranne ricovero) inserimento Centro immigrati)*

☐ certificazioni attestanti eventuali redditi non dichiarati nella D.S.U. (certificazioni INPS, del Ministero del tesoro, o di altri enti pensionistici e previdenziali) *(necessarie per richieste di ricovero residenziale e semiresidenziale di tutte le categorie, compresi i disabili)*

☐ certificazione attestante eventuali premi assicurativi percepiti per i danni che hanno determinato la condizione di non autosufficienza *(necessaria per richieste di ricovero residenziale e semiresidenziale di tutte le categorie, comprese i disabili)*

☐ attestazione ISEE e relativa D.S.U. dei familiari della persona assistita indicati all'art.433 del Codice Civile *(necessaria per ricoveri in struttura residenziale in caso di insufficienza dei redditi personali dell'assistito alla copertura del costo sociale del servizio)*

☐ Ultime dichiarazioni dei redditi (CUD, Mod. Unico, Mod 730) dei familiari della persona assistita indicati all'art.433 del Codice Civile *(necessaria per ricoveri in struttura residenziale in caso di insufficienza dei redditi personali dell'assistito alla copertura del costo sociale del servizio)*

☐ certificazione medica attestante la patologia *(necessaria per la richiesta di Telesoccorso)*

☐ certificazione medica attestante la patologia del coniuge *(utile per l'attribuzione di maggiore punteggio nella richiesta di assistenza domiciliare)*

☐ certificazione attestante la momentanea non deambulanza *(necessaria per la richiesta di trasporto sociale)*

☐ certificazione ex L.118/71 con invalidità uguale o maggiore del 74% *(necessaria per la richiesta di trasporto sociale)*

☐ Attestazione di handicap ai sensi della L.104/92 *(necessaria per interventi di assistenza educativa e socio-riabilitativa e per il trasporto sociale per la frequenza ai centri diurni pubblici per disabili. N.B.: per l'accesso agli interventi di aiuto alla persona e trasporto sociale per altre finalità diverse dai centri diurni è necessaria la notazione di gravità)*

☐ Certificazione attestante la non autosufficienza o la disabilità di familiari conviventi *(utile per l'attribuzione di maggiore punteggio nella richiesta di aiuto alla persona e assistenza socio-riabilitativa)*

☐ permesso di soggiorno *(necessario per l'inserimento al centro per immigrati)*

☐ dichiarazione sostitutiva *(per attestare notizie non comprese nella presente modulistica)*

Indica

quale titolare della quietanza in caso di accoglimento della domanda

☐ se medesimo

☐ il/la sig./sig/ra _____nato a _____il _____residente a _____Via/Piazza _____ che con la sottoscrizione della presente intende delegare a riscuotere per suo conto

Firma

_____

Il/la sottoscritto/a, in caso di accoglimento della presente, si impegna a segnalare al destinatario dell'istanza, entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione dei dati dichiarati nella presente.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili e alla comunicazione degli stessi.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di aver letto integralmente il presente modulo composto da n. 7 pagine.

N.B: L'Amministrazione si riserva di effettuare dei **controlli**, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni(art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

Data _____ Firma leggibile

_____

Nell'impossibilità di firma da parte del beneficiario firma del familiare o del tutore

spazio riservato all'ufficio

A norma dell'art.38, D.P.R. 28.12.2000 n.445, la presente richiesta (e le dichiarazioni in essa contenute):
☐ è stata sottoscritta dall'interessato in mia presenza;
☐ è pervenuta a mezzo posta, ovvero è stata presentata da altro incaricato, con allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

Data Firma leggibile del dipendente ente pubblico che riceve la domanda

_____ _____

Assistente Sociale che riceve la domanda

_____

N.B. qualora la dichiarazione dovesse essere presentata da incaricato o a mezzo posta, DEVE essere allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

D.P.R. 28.12.2000 n.445

Al_____

_____

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ Provincia _____ il____|____|_____|

residente a _____ Provincia _____

in via/piazza _____ n._____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili e alla comunicazione degli stessi.

Data Firma leggibile

_____ _____

N.B: L'Amministrazione si riserva di effettuare dei **controlli**, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

spazio riservato all'ufficio

A norma dell'art.38, D.P.R. 28.12.2000 n.445, la presente richiesta (e le dichiarazioni in essa contenute):

☐ è stata sottoscritta dall'interessato in mia presenza;

☐ è pervenuta a mezzo posta, ovvero è stata presentata da altro incaricato, con allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

Data Firma del dipendente addetto a ricevere la documentazione

_____ _____

N.B. qualora la dichiarazione dovesse essere presentata da incaricato o a mezzo posta, DEVE essere allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.