

OGGETTO: Servizio di “Accompagnamento anziani soli o con scarso supporto familiare” - ANNO 201__

__l__ sottoscritt__ nat__
a _____ il _____, residente in questo Comune in Via
_____ n° _____ ai sensi del vigente Regolamento Servizi Socio-Assistenziali

CHIEDE

di beneficiare delle seguenti prestazioni del servizio di “**Accompagnamento anziani soli o con scarso supporto familiare**”

- a) Disbrigo Faccende Domestiche*
- b) Disbrigo Pratiche generiche (sanitarie -pensionistiche).*

A tal fine , ai sensi del T.U. in materia di documentazione amministrativa (DPR 445/2000) sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

Il proprio livello di autosufficienza, cioè grado di indipendenza in relazione alle sue condizioni psichiche, fisiche e sensoriali :

Anziano che si muove normalmente dentro e fuori casa	
Anziano che si muove bene in casa ma presenta difficoltà fuori	
Anziano che si muove lentamente dentro e fuori casa	
Anziano che si muove con difficoltà ed esce solo se accompagnato	
Anziano che si muove a stento esclusivamente dentro casa	
Invalidità con accompagnamento	
Invalidità dal 66 al 74 %	
Invalidità dal 75 al 84%	
Invalidità dal 85 al 100%	

Il livello di assistenza di cui gode , cioè la sua situazione familiare (grado di solitudine):

Anziano che convive con anziani ma in grado di aiutarli	
Anziano con supporto familiare presente nel territorio ma impossibilitato (per invalidità o altro)	
Anziano con figli non residenti nel comune	
Anziano che convive con familiari invalidi senza ulteriore ed idoneo supporto familiare	
Anziano solo	

!! Che il calcolo ISEE, in corso di validità, del proprio nucleo familiare ammonta a € _____

ALLEGA ALL’UOPO I SEGUENTI DOCUMENTI:

1. Eventuale certificazione attestante il grado di invalidità
2. Attestazione ISEE
3. Fotocopia documento di riconoscimento

IL FUNZIONARIO INCARICATO

IL RICHIEDENTE