



**Comune di Lariano**

**Assessorato ai Servizi Sociali**



**Comune di Velletri**

**Assessorato ai Servizi Sociali**

**Comune di Velletri  
Capofila Distretto RMH5  
Ufficio di Piano-Via Della Neve, 3  
00049 - Velletri**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE  
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE FORMA INDIRECTA**

Il sottoscritto/a.....nato/a  
a.....il.....  
Residente a.....in.....  
Tel.....in qualità di.....

**consapevole che chi usufruirà dell'Assistenza domiciliare in forma indiretta non potrà essere destinatario di altre forme di assistenza per lo stesso periodo.**

**CHIEDE**

di partecipare al Progetto di Assistenza domiciliare in forma indiretta promosso nel territorio del Distretto RMH5;

*A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P. R. 445 del 28 dicembre 2000*

**DICHIARA**

**SITUAZIONE FAMILIARE** (con riguardo alla composizione del nucleo familiare)

- Persona che vive sola o convivente con altra persona impossibilitata ad assistere;
- Difficoltà logistiche da parte dei familiari conviventi (es. impegno in attività lavorativa) che complicano e ostacolano l'attività di cura, o difficoltà oggettive legate all'eccessivo carico familiare (presenza di molti minori, o altro familiare con disabilità o bisognoso di cure, o fisicamente troppo deboli per assistere compiutamente), nel gestire la situazione (necessità di assistenza/sorveglianza continua);
- Presenza di familiari conviventi, non in grado di assolvere a tutte le esigenze per impedimenti oggettivi.

## **SITUAZIONE REDDITUALE NUCLEO FAMILIARE**

- ISEE fino ad € 5.000,00
- ISEE da € 5.001,00 ad € 10.000,00
- ISEE da € 10.001,00 ad € 14.000,00
- ISEE > ad € 14.000,01

### Si allega alla presente:

- Copia del verbale di invalidità;
- Certificazione Legge 104/92 Art. 3 Comma 3;
- Scheda non autosufficienza regolarmente sottoscritta dal medico di base o medico specialista.
- Attestazione ISEE/ISE completa di DSU, aggiornata.

### **VERRANNO ESCLUSE LE DOMANDE ARRIVATE FUORI TERMINE O NON CORREDATE DALLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA**

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici per la presente prestazione e per dati statistici ai sensi della L. 196/2003.

FIRMA

.....

\_\_\_\_\_

(Luogo e data)

## SCHEDA NON AUTOSUFFICIENZA

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

### GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA

- |  |                          |                        |
|--|--------------------------|------------------------|
| IGIENE PERSONALE                       | <input type="checkbox"/> | Non autosufficiente    |
|  | <input type="checkbox"/> | Necessita di aiuto     |
|  | <input type="checkbox"/> | Autosufficiente        |
| VESTIZIONE                             | <input type="checkbox"/> | Non autosufficiente    |
|  | <input type="checkbox"/> | Necessita di aiuto     |
|  | <input type="checkbox"/> | Autosufficiente        |
| ALIMENTAZIONE                          | <input type="checkbox"/> | Non autosufficiente    |
|  | <input type="checkbox"/> | Necessita di aiuto     |
|  | <input type="checkbox"/> | Autosufficiente        |
| MOBILITAZIONE IN CASA<br>E ALL'ESTERNO | <input type="checkbox"/> | Non autosufficiente    |
|  | <input type="checkbox"/> | Necessita di aiuto     |
| ORIENTAMENTO SPAZIO<br>TEMPORALE       | <input type="checkbox"/> | Autosufficiente        |
|  | <input type="checkbox"/> | Non orientato          |
|  | <input type="checkbox"/> | Parzialmente orientato |
|  | <input type="checkbox"/> | Necessita di aiuto     |

Patologia \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici per la presente prestazione e per dati statistici ai sensi della L. 196/2003.