

*Al Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali
del comune dell'Ambito Territoriale N34*

- *Capri*
- *Anacapri*

**Domanda di attivazione voucher sociale per il servizio di E7 - Assistenza Domiciliare Anziani
(ADA)**

**SEZ. 1 - DATI IDENTIFICATIVI DEL RICHIEDENTE (SOGGETTO CHE RICHIEDE
L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO)**

Nome _____

Cognome _____

nato a _____ prov. () il ___/___/___

codice fiscale ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

residente a _____ in via _____

tel. ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

Altro recapito tel. ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

indirizzo posta elettronica _____

indicare il rapporto che intercorre tra richiedente e destinatario/a:

SEZ. 2 Dati identificativi del beneficiario *(da compilare solo se diverso dal richiedente)*

Nome _____

Cognome _____

nato/a a _____ prov. () il ___/___/___

residente a _____ in via _____

codice fiscale ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

Ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti falsi e mendaci dichiarazioni

DICHIARA

SEZ.1

comunicare tempestivamente ogni modifica dei dati dichiarati.

SEZ.2

dati necessari per l'attribuzione del punteggio ai fini della graduatoria d'accesso (*contrassegnare con un X*)

- di riuscire da solo/a a svolgere le seguenti attività:
- igiene e cura della propria persona;
 - preparazione dei pasti;
 - pulizia della casa;
 - assunzione medicinali;
 - commissioni esterne (spesa, pagamento delle utenze, ecc.);
 - raggiungere luoghi ricreativi;

-in riferimento al proprio nucleo familiare

- sono presenti n. _____ di componenti;
- sono presenti componenti n. ___ con disabilità certificata;
- di avere un'età compresa:
 - 65 e 70 anni;
 - 71 e 76 anni;



- 77 e 80 anni;
- 81 e 86 anni;
- oltre 86 anni;
- di avere una disabilità certificata pari al ____%
- di non avere disabilità certificata;

che il livello di autosufficienza è:

- basso
- medio
- alto

DICHIARA E AUTORIZZA:

- il trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679;
- l'Ambito Territoriale N34 a fornire i propri dati ai soggetti prestatori dei servizi.

SI IMPEGNA a compilare l'allegato A "modulo della scelta del prestatore" parte integrante di questa istanza;

ALLEGA alla presente domanda (contrassegnare con una x)

- Fotocopia Carta d'identità del genitore/tutore/caregiver;
- Fotocopia Carta d'identità del beneficiario;
- Attestazione ISEE;
- Permesso di soggiorno (per i beneficiari stranieri);
- certificato di invalidità.

Luogo e data _____

Firma del richiedente
