

**DOMANDA ATTIVAZIONE SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE**

Nuovo  Già seguito  dall'anno \_\_\_\_\_ Assistente Sociale \_\_\_\_\_

\_\_ I \_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ Permesso di soggiorno [ ] SI [ ] NO Scadenza \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono fisso \_\_\_\_\_ telefono cellulare \_\_\_\_\_  
indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'attivazione del servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE

per sé  
 per conto del sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nat. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_  
cittadino/a \_\_\_\_\_ Permesso di soggiorno [ ] SI [ ] NO Scadenza \_\_\_\_\_  
numero di telefono \_\_\_\_\_  
indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Invalità Civile  SI  NO ..... %      Accompagnamento  SI  NO

per le seguenti motivazioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nei seguenti giorni:

- Lunedì       Martedì       Mercoledì       Giovedì       Venerdì  
 Sabato       Domenica

I giorni potrebbero variare in base alle necessità dell'ente accreditato previa opportuna comunicazione.

Per l'assistenza domiciliare, necessita di interventi speciali?     SI     NO

In caso affermativo, specificare le esigenze \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Note</b>	Condizioni dell'alloggio
	Presenze di barriere architettoniche: <b>no sì esterne interne bagno inadeguato scale</b>
	Condizioni particolari da segnalare: _____ _____

<b>Altri Servizi attivati</b>	<input type="checkbox"/> <b>A.D.I.</b> <input type="checkbox"/> <b>I.D.R.</b> <input type="checkbox"/> <b>BADANTE</b> <input type="checkbox"/> <b>Altro :</b> _____
-------------------------------	--

### dichiara

- di impegnarsi altresì, in caso di accoglimento della presente, a segnalare, non oltre 30 gg dal suo verificarsi, ogni e qualsiasi variazione delle condizioni di cui sopra ed a esibire qualunque documentazione richiesta dal Comune;
- di conoscere e accettare le condizioni che regolano la fruizione del servizio richiesto;
- di non voler presentare la Dichiarazione Sostitutiva Unica ai fini I.S.E.E. , consapevole che tale scelta comporterà l'applicazione della compartecipazione massima prevista dalla disciplina del Comune
- di essere in possesso della attestazione I.S.E.E., con valore pari ad €. \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della attestazione I.S.E.E. corrente , con valore pari ad €. \_\_\_\_\_;
- di non essere in possesso della attestazione I.S.E.E. - A tale proposito, si impegna a presentarla entro sessanta giorni dalla richiesta e a corrispondere la compartecipazione che sarà determinata sulla base del valore I.S.E.E.
- In caso di mancata presentazione entro i termini sopra indicati, dovrà essere corrisposta la compartecipazione massima prevista dal Comune.
- di impegnarsi a comunicare annualmente il valore dell'I.S.E.E.

### Chiede

che le richieste di pagamento siano intestate a:

Nome e cognome \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**allega**

- attestazione I.S.E.E.  
 altra documentazione: \_\_\_\_\_

Barlassina, il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara di essere stato/a informato/a che:

- in base al d.lgs. 196/2003, i dati personali dichiarati nella domanda devono essere obbligatoriamente forniti per consentire l'erogazione della prestazione sociale richiesta; che gli stessi possono essere utilizzati dal Comune di Barlassina, anche con strumenti informatici, per finalità istruttorie correlate alla prestazione sociale richiesta; possono essere comunicati agli organi dello Stato preposti ai controlli di veridicità, nonché alle Amministrazioni certificanti ai fini dei citati controlli;
- il Responsabile del procedimento è Sergio Mazzini;
- Il referente per la trattazione della istanza è Paola Migliorino
- il procedimento si concluderà entro 30 giorni lavorativi dalla data di presentazione della domanda;
- in caso di inerzia degli uffici o di rigetto della domanda, potrà fare ricorso presso il competente Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni e ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni;
- può prendere visione degli atti che riguardano la domanda, presentando apposita richiesta agli uffici dei Servizi Sociali Territoriali;
- previa richiesta di appuntamento, potrà rivolgersi agli uffici dei Servizi Sociali Territoriali per verificare i dati dichiarati e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione di legge;
- Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Barlassina
- Il Responsabile del Trattamento è il Responsabile del Settore Socio-Culturale
- L'incaricato del trattamento dati è l'Assistente Sociale di riferimento

Barlassina, il \_\_\_\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

■ **CONSORZIO PRIVATASSISTENZA**  
mediante la consorziata  
**A&A SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE**

Sede legale in Viale 4 Novembre, 21  
42121 Reggio Emilia (RE)  
Sede Operativa  
Corso Roma, 36 – 20811- Cesano Maderno (MB)  
Tel. 0362-540889

■ **PUNTO SERVICE Cooperativa Sociale A.R.L.**

Sede legale  
Via Vercelli, 23/A  
13030 Caresanablot (VC)  
Tel. 0161-234800  
Sede Operativa  
Via XXIV Maggio, 11 – 20832 Desio (MB)  
Tel. 0362-304060

■ **Cooperativa Sociale “LA SPIGA”**

Sede legale e operativa  
Via Garibaldi, 81 - 20832 Desio (MB)  
Tel. 0362-625070

■ **SOCIOSFERA ONLUS**

Sede legale e operativa  
Via Gramsci, 9 - 20831 Seregno (MB)  
Tel. 0362-325630

■ **SAN LAB CONSORZIO DI COOP. SOCIALI SCS**

Sede legale  
Via Padre Mascagni, 23/H  
22066 Mariano Comense (CO)  
Sede Operativa  
Via San Michele del Carso, 37 – 20851 Lissone (MB) Tel. 039-366330