

dichiara

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 **che il destinatario del Servizio è in possesso dei seguenti requisiti** in base ai quali l'Ufficio stilerà la graduatoria per l'accesso:

| INDICATORE | | BARRARE UNA CASELLA O INDICARE UN NUMERO | SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO (PUNTI) |
|---|---|---|--|
| I.S.E.E. 2009 | da 0 a 5.000 € | <input type="checkbox"/> | 20 |
| | da € 5.001 a € 10.000 | <input type="checkbox"/> | 10 |
| | da € 10.001 a € 15.000 | <input type="checkbox"/> | 5 |
| | oltre € 15.000 | <input type="checkbox"/> | 0 |
| COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA | 2 punti per ogni anziano oltre al beneficiario | n. _____ | _____ |
| | 2 punti per ogni disabile | n. _____ | _____ |
| | 2 punti per ogni minore di età | n. _____ | _____ |
| PER GLI ANZIANI CHE VIVONO DA SOLI | non ha parenti o affini residenti nel Comune | <input type="checkbox"/> | 6 |
| | ha parenti e/o affini che risiedono nel comune e che lo aiutano | <input type="checkbox"/> | 4 |
| | ha un / una badante | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ABITAZIONE | di proprietà | <input type="checkbox"/> | 0 |
| | in affitto | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | ha una sentenza di sfratto non esecutiva | <input type="checkbox"/> | 4 |
| | ha una sentenza di sfratto esecutiva o un'ordinanza di sgombero | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Punteggio totale | | | |

Al fine di fornire altri elementi di valutazione in caso di parità di punteggio in graduatoria,

__l__ sottoscritt__ dichiara che:

A) il destinatario del servizio ed il suo nucleo familiare sono titolari dei seguenti benefici:

- PENSIONE DI INVALIDITA' CIVILE - CECITA' CIVILE - SORDOMUTISMO
- INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
- PENSIONE SOCIALE O ASSEGNO SOCIALE
- RENDITE INAIL PER INVALIDITA' PERMANENTE O MORTE
- PENSIONI DI GUERRA
- PENSIONI DI REVERSIBILITA' DI GUERRA
- BORSE DI STUDIO EROGATE DA REGIONE E/O UNIVERSITA'
- ALTRI REDDITI O ENTRATE A QUALSIASI TITOLO PERCEPITI: *specificare:*

B) il destinatario del servizio ed il suo nucleo familiare negli anni 2008 e 2009 hanno usufruito dei seguenti SERVIZI ed INTERVENTI del COMUNE e dell'AMBITO N5 (barrare la voce/le voci e, in caso di contributi, indicare l'importo):

| | 2008 | | 2009 |
|--|--------------------------|---------|--------------------------|
| servizi e interventi per le FAMIGLIE | | | |
| utilizzo del Servizio di Educativa Territoriale - S.E.T. [servizio dell'Ambito N5] | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| accompagnamento gratuito alle Terme - Progetto Benessere | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| assegno dell'INPS per le madri che non lavorano | <input type="checkbox"/> | € _____ | <input type="checkbox"/> |
| assegno dell'INPS per 3 figli con meno di 18 anni | <input type="checkbox"/> | € _____ | <input type="checkbox"/> |
| contributo economico della Regione per affitto casa - Legge 431/1998 | <input type="checkbox"/> | € _____ | <input type="checkbox"/> |
| servizi e interventi per i BAMBINI | | | |
| frequenza dello Spazio gioco per bimbi dai 2 ai 5 anni [servizio dell'Ambito N5] | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| frequenza del Centro Polif. per bambini dai 6 ai 14 anni [servizio dell'Ambito N5] | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| frequenza del Centro per minori "OZANAM" | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| ospitalità in strutture residenziali - case famiglia, comunità fam. etc. | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| accompagnamento gratuito alle Terme - Progetto Benessere | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| servizi e interventi per gli ANZIANI | | | |
| frequenza del Centro Polivalente - via B. Croce - [servizio dell'Ambito N5] | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| accompagnamento gratuito alle Terme - Progetto Benessere | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| assistenza domiciliare A.D.A. [servizio dell'Ambito N5] | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| ospitalità in strutture residenziali - case albergo, comunità fam. etc. | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| nonno civico | <input type="checkbox"/> | € _____ | <input type="checkbox"/> |
| vacanza anziani | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| servizi e interventi per i DISABILI | | | |
| accompagnamento gratuito alle Terme - Progetto Benessere | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| assistenza domiciliare erogata dal personale comunale | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| contributo economico per il trasporto ai Centri di riabilitazione | <input type="checkbox"/> | € _____ | <input type="checkbox"/> |
| trasporto a carico del Comune per alunni ipovedenti | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| servizi e interventi per gli IMMIGRATI | | | |
| frequenza del Centro Dadaa Ghezo, convenzionato con il Comune | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| servizi e interventi per il CONTRASTO ALLA POVERTA' | | | |
| contrib. econom. Regione - Reddito di Cittadinanza [servizio dell'Ambito N5] | <input type="checkbox"/> | € _____ | <input type="checkbox"/> |

 l sottoscritt **autorizza** il trattamento dei propri dati personali, per i fini istituzionali della pubblica amministrazione, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice della privacy";

dichiara di essere a conoscenza del fatto che l'esito del procedimento, relativo alla presente domanda, è reso noto attraverso graduatoria pubblica; ed infine

allega alla presente domanda:

- attestazione I.S.E.E. relativa al reddito 2009, rilasciata ai sensi del D.Lgs. 109/1998 e successive modificazioni ed integrazioni;

- fotocopia del documento d'identità del beneficiario e del segnalante;
- certificato medico relativo alle condizioni di salute del beneficiario;
- eventuale fotocopia de __ decret __ di invalidità;
- eventuale altra documentazione (*specificare*): _____

Sant'Antimo, data _____

firma del richiedente

firma del segnalante

| |
|-------------------------------------|
| Spazio riservato all'Ufficio |
|-------------------------------------|

- già ha usufruito del servizio di assistenza domiciliare dal _____ al _____ con il Servizio
- è in lista di attesa per il servizio di assistenza domiciliare dal _____ (prot. n. _____)
- è la prima volta che presenta la domanda

Punteggio totale _____ - posizione nella graduatoria: n. _____ sul totale di _____ richieste (*annotazioni*): _____

