

**PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE LEGGERA IN
FAVORE DI PERSONE ANZIANE, CON DISABILITÀ, IN STATO DI
DISAGIO SOCIALE E A RISCHIO POVERTÀ, NELL'AMBITO DEL
PROGETTO DEL SERVIZIO CIVILE "RESILENZA SOCIALE:
SOSTEGNO ALLE PERSONE FRAGILI"**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ Residente a MILAZZO in via/piazza _____
n. _____ CAP _____
Tel. _____ Cell. _____

(¹per conto di _____ nato a _____ il _____ residente a _____
in via _____ n. _____ CAP _____)

CHIEDE

Di beneficiare del servizio di Assistenza Domiciliare Leggera, erogato dagli operatori volontari del Servizio Civile del Comune di Milazzo nell'ambito del progetto "**Resilenza Sociale: sostegno alle persone fragili**" e a tal fine dichiara quanto segue (indicare con una crocetta il requisito nelle tabelle sottostanti):

Età	
Oltre 80 anni	
Dal 76° anno compiuto al 80° anno compiuto	
Dal 71° anno compiuto al 75° anno compiuto	
Dal 65° anno compiuto al 70° anno compiuto	
Composizione nucleo familiare	
Persona anziana o disabile che vive sola	
Persona anziana o disabile che vive con un anziano ultrasessantacinquenne e/o altri familiari invalidi e/o che presentano una situazione di svantaggio sociale	
Anziano convivente con altri familiari	
Stato di salute psico-fisica	
Persona con disabilità e necessità di sostegno intensivo, al 100% e percettori di indennità di invalidità civile di accompagnamento	
Persona con disabilità e necessità di sostegno elevato o molto elevato con 100% di invalidità	
Persona con invalidità civile riconosciuta pari o superiore al 75%	
Persona con invalidità civile riconosciuta pari o superiore al 45% fino al 74%	
Valore dell'ISEE	
ISEE pari a € 0,0	
ISEE € 0,01 - € 2.000,00	
ISEE € 2.000,01- € 4.000,00	
ISEE € 4.000,01- € 6.000,00	
ISEE € 6.000,01- € 8.000,00	
ISEE € 8.000,01- € 9.360,00	

La domanda di partecipazione, presentata dall'interessato, da un suo delegato, dal caregiver o da una persona esercente le funzioni legali di tutela (tutore/amministratore di sostegno), è

corredata dalla seguente documentazione, pena l'esclusione:

- copia di un documento di riconoscimento dell'interessato in corso di validità;
- attestazione ISEE socio-sanitario dell'interessato in corso di validità;
- eventuale delega alla presentazione dell'istanza con copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato;
- copia della documentazione INPS attestante la condizione di invalidità e/o disabilità;

Il/La sottoscritto/a _____ è consapevole che la presentazione dell'istanza non costituisce titolo o diritto all'erogazione di quanto richiesto.

A TAL FINE DICHIARA:

- Di impegnarsi a comunicare entro 10 giorni ogni variazione dei requisiti che danno titolo al percepimento del presente servizio.
- Che le dichiarazioni riportate sono rese ai sensi del D.P.R. n° 445/2000 e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del sopracitato D.P.R. 445/2000;
- Di autorizzare il L'Ufficio di Servizio Sociale del Comune di Milazzo al trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento del provvedimento ai sensi della L. 675/96 e ss.mm.ii.;
- Di autorizzare altresì, ove necessario, l'informazione e l'eventuale coinvolgimento dei soggetti obbligati.

Luogo e data

Il richiedente