

**Alla COMUNITA' MONTANA
"MONTAGNA MARSICANA"
Avezzano**

Ambito Sociale Distrettuale n. 2 Marsica

PIANO LOCALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE A FAVORE DI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI CON PIU' DI SESSANTACINQUE ANNI E DISABILI IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ riconosciuti ai sensi della legge 09.02.92 n. 104 art. 3 comma 3-

DOMANDA

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ e residente a _____
in via _____ tel. _____;

C H I E D E

di usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare per l'anno _____.

A tal fine dichiara:

1. Di non usufruire di analoghe prestazioni da parte di altri Enti o Associazioni pubbliche e private.
2. *Di percepire / non percepire* l'indennità di accompagnamento (Legge 18/80)
(barrare la voce che **non** si dichiara).

Si impegna altresì:

- a) ad accettare l'organizzazione del servizio dell'Ente;
- b) ad aggiornare la documentazione (dichiarazione sostitutiva del certificato di stato di famiglia e residenza - attestazione ISEE e certificato medico) in caso di variazione.

_____ lì _____

In Fede

Si Allega:

- Dichiarazione sostitutiva del certificato di stato di famiglia e residenza;
- Dichiarazione redditi ISEE dell'anno in corso,
- Certificazione attestante l'invalidità o la disabilità stabilita dalla L. 104/92 (art.3-Com 3).
- Copia documento di riconoscimento valido;
- Modulo 01- segnalazione MMG/PLS compilato dal medico di base-