

**AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI
CASTELLANA SICULA**

OGGETTO: Richiesta fruizione del servizio di Aiuto Domestico in favore di soggetti portatori di handicap grave — Anno 2017.

Il/La sottoscritt _____ nat a _____
il _____ e residente a Castellana Sicula in Via _____
n° _____ C.F. _____ n. tel. _____
nella qualità di _____ referente _____ n. tel. _____

CHIEDE

- per se
- per (minorenni o incapace)

Cognome e nome _____, nato a _____ il _____
e residente a Castellana Sicula in Via _____ n° _____
C.F. _____ n. tel. _____ Cell. _____

**L'attivazione del SERVIZIO per i SOGGETTI PORTATORI di HANDICAP GRAVE ai sensi della
Legge 104/92, art.3 - comma 3°**

(barrare la casella del servizio interessato a titolo orientativo)

- | | |
|------------------------------|------------------|
| A) Aiuto domestico | anno 2017 |
| B) Sostegno economico | anno 2016 |

DICHIARA ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 quanto segue (*inerente l'interessato*):

- 1 di essere invalido/a con una percentuale riconosciuta del _____ % e di essere stato riconosciuto portatore di handicap ai sensi della Legge 104/92, art.3 — comma 3°;
- 2 che il suo nucleo familiare è composto da n° _____ componenti;
- 3 notizie sui familiari _____
figli n° _____, figli residenti nel Comune di Castellana S. n° _____, figli residenti in altri Comuni n° _____
- 4 che il reddito familiare complessivo risultante dall' "I.S.E." in corso di validità è di € _____
- 5 che il suo medico curante è il Dr. _____

Allega alla presente:

- Certificazione **I.S.E.E.** — (Indicatore sulla Situazione Economica Equivalente) rilasciata dai CAAF, ai sensi del D.P.C.M. n.159 del 15 Dicembre 2013; **Importante: è valida quella rilasciata dopo il 15/01/2016;**
- Certificato medico attestante l'handicap ai sensi della Legge n.104/92 rilasciata dall'apposita Commissione Invalidi (*sono esonerati coloro che l'anno già presentato*);
- Fotocopia carta d'identità
- Altro, specificare : _____

Il sottoscritto **si impegna** a corrispondere la quota di compartecipazione al costo del servizio se ed in quanto dovuta entro dieci giorni dal ricevimento della comunicazione dell'ammontare della stessa.

Il sottoscritto è consapevole che le istanze non complete alla data di scadenza dell'avviso prevista per il 30 settembre 2016 verranno escluse dalla graduatoria.

Castellana Sicula, li _____

RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
con la firma apposta alla presente attesta il proprio libero consenso al trattamento dei propri dati definiti sensibili e alla loro comunicazione nei limiti e per le finalità del servizio di A.D.A. ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Castellana Sicula, li _____

Firma