di non essere beneficiario del progetto "Home Care Premium", né di usufruire di altra prestazione di sostegno socio-assistenziale erogata dall'Ambito Territoriale C2 a diverso titolo, ovvero, di percepire il seguente servizio / benefici _____

di essere consapevole che per ISEE superiori a 10.927,90 euro, è previsto una quota di compartecipazione al costo orario della prestazione erogata, determinata in base al Regolamento d'Ambito. Per ISEE superiore a 29.156,00 euro è previsto il pagamento totale del costo del servizio erogato. L'eventuale quota di compartecipazione dovrà essere versata al Comune Capofila, secondo i termini e le modalità che saranno comunicate dal competente servizio.

Dichiara, inoltre, che ai fini della valutazione per l'accesso al servizio la persona interessata si trova in una o più delle seguenti condizioni (barrare con una X):

titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 18/80 e s.m.i;

titolare di certificazione ai sensi della legge 104/92, Art. 3, comma 1;

titolare di status di gravità ai sensi della legge 104/92, Art. 3, comma 3;

assistito dall'ASL per le seguenti prestazioni: _____

Invalidità riconosciuta al _____ %;

Difficoltà nella mobilità: in casa - fuori casa;

Limitata autonomia nelle funzioni della vita quotidiana (usare il telefono, cucinare, igiene personale, igiene della casa, socialità, acquisti e ecc.);

non deambulante; allettato, con con piaghe da decubito;

vive sola, senza alcun supporto familiare senza altro supporto socio-assistenziale;

n. ___ figli non conviventi, residenti nello stesso Comune o Comune limitrofo, distante meno di 10 Km;

vive con un coniuge/convivente e/o con n ___ figli o altri familiari, in condizione di non autosufficienza;

altro, specificare _____

INFORMATIVA EX D. LGS 196/03 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali forniti verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali inerenti la valutazione e l'accesso al servizio. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con strumenti manuali ed informatici, garantendo la sicurezza e la riservatezza.

Il/la sottoscritto/a _____ fornisce il proprio consenso al trattamento dei dati forniti per gli usi consentiti dalla legge.

Allega:

- copia del documento di riconoscimento del dichiarante e della persona interessata direttamente al servizio, se diversa dal dichiarante;
- attestazione ISEE in corso di validità;
- certificazione di disabilità o di eventuale altra certificazione sanitaria che attesta la condizione di disabilità anche temporanea;
- ogni altra documentazione ritenuta utile per una corretta valutazione dei bisogni dell'utente.

Lì, _____

Firma del Dichiarante (leggibile)