

**COMUNE DI SENIS PROVINCIA DI ORSTANO**

**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**MODULO DI DOMANDA PER  
RICHIESTA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

**Al Servizio Sociale  
del Comune di Senis**

OGGETTO : Richiesta attivazione Servizio di Assistenza Domiciliare .

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n°  
\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare  
\_\_\_\_\_ (recapito telefonico indispensabile)

**CHIEDE**

- per se stesso  
 per il familiare di seguito indicato, il/la Sig/Sig.ra

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ RESIDENTE A **SENIS**  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rapporto di parentela con il richiedente

L'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare per n. \_\_\_\_\_ ore giornaliere/settimanali/mensili.. A tal fine si impegna a versare la quota di contribuzione utenza dovuta per il proprio familiare, secondo gli importi e le modalità che verranno indicate dal Servizio Sociale.

Rimanda al Servizio Sociale le decisioni in merito al monte-ore mensile e agli aspetti organizzativi del servizio.

li \_\_\_\_\_

Firma

Prestazioni richieste:

- 1. Pulizia personale ordinaria-
  - 2. Bagno-
  - 3 uso wc, padella, cambio panno
  - 4- abbigliamento-
  - 5. mobilizzazione-
  - 6 movimento arti invalidi, prevenzione piaghe-
  - 7 pulizia sola stanza utente-
  - 8 pulizia ordinaria abitazione-
  - 9 Pulizia straordinaria abitazione-
  - 10 lavaggio e stiratura a domicilio-
  - 11 servizio lavanderia-
  - 12 preparazione pasti-
  - 13 somministrazione pasti-
  - 14 aiuto nell'assunzione dei farmaci-
  - 15 accompagnamento visite mediche-
  - 16 accompagnamento disbrigo pratiche
  - 17 acquisti ordinari
  - 18 acquisti straordinari
  - 19 passeggiate-
  - 20 compagnia e dialogo
  - 21 altro (specificare)
- 
- 

Articolazione del servizio

- Giornaliera
- Settimanale
- Bisettimanale
- Altro.....

# DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE

Art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000



Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente a Senis in Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

*E' consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sarà punito ai sensi del codice Penale secondo quanto prescritto dall'Art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 d.P.R. 445/2000).*

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi del D. Lgs 196/2003 e

## **DICHIARA**

Che la situazione anagrafica e reddituale del proprio nucleo familiare relativa all'Anno \_\_\_\_\_ è la seguente:

| <b>GENERALITA'</b> | <b>LUOGO E DATA DI NASCITA</b> | <b>RELAZIONE DI PARENTELA CON IL DICHIARANTE</b> | <b>IMPORTO REDDITO</b><br>Anno _____ | <b>FONTE DEL REDDITO</b> |
|--------------------|--------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|
|                    |                                |  |                                      |                          |
|                    |                                |  |                                      |                          |
|                    |                                |  |                                      |                          |
|                    |                                |  |                                      |                          |
|                    |                                |  |                                      |                          |
|                    |                                |  |                                      |                          |

.....  
**Luogo e data**

**Il Dichiarante**

Spazio riservato all'ufficio

Calcolo presunto quota utenza

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| TOTALE COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE |  |
| REDDITO NUCLEO FAMILIARE           |  |
| FASCIA DI APPARTENENZA             |  |
| N. ORE RICHIESTE                   |  |
| COSTO DEL SERVIZIO                 |  |
| PERCENTUALE DI CONTRIBUZIONE       |  |
| QUOTA CONTRIBUZIONE UTENZA         |  |

Presa visione del suddetto prospetto, si impegna a versare la quota utenza a proprio carico che potrà variare in base alle ore effettive del servizio usufruito.

Firma