



**AMBITO SOCIALE S01\_1**

**COMUNI DI NOCERA INFERIORE – NOCERA SUPERIORE – CASTEL SAN GIORGIO – ROCCAPIEMONTE  
PROVINCIA DI SALERNO**

**AMBITO S01\_1**

**COMUNE DI \_\_\_\_\_**

**OGGETTO: RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE  
SOCIO –ASSISTENZIALE ANZIANI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / residente a \_\_\_\_\_ ( ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Chiede l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare (barrare la casella interessata):

per se stesso

per il/la Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

grado di parentela (marito, moglie, fratello, nonno, cognato, tutore.....) specificare \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità.

**DICHIARA**

Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata):

Non usufruisce di altri servizi erogati dal Servizio Cure Domiciliari dell'ASL di Nocera Inferiore – Distretto Sanitario n. 60;	<input type="checkbox"/>
Usufruisce di altri servizi erogati dal Servizio Cure Domiciliari dell'ASL di Nocera Inferiore – Distretto	<input type="checkbox"/>



**AMBITO SOCIALE S01\_1**

**COMUNI DI NOCERA INFERIORE – NOCERA SUPERIORE – CASTEL SAN GIORGIO – ROCCAPIEMONTE  
PROVINCIA DI SALERNO**

Sanitario n. 60; ( <b>specificare quali</b> _____ )	
Non è ospite in struttura residenziale e/o semi-residenziale ;	
Non usufruisce dell'assistenza domiciliare erogata dall'INPS con il Progetto Home Care Premium;	
Non usufruisce dell'Assegno di Cura erogato dalla Regione Campania;	
Non è inserito in programma Dopo di Noi	
Ha l'età di _____ anni (compiuti);	
Ha un nucleo familiare composto da n _____ persone;	
di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;	

**ALLEGATO DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

**COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE**

COGNOME E NOME	ETA'	RELAZIONE DI PARENTELA	PROFESSIONE	INDIRIZZO	NUMERO DI TELEFONO

**Altri figli e/o familiari non conviventi**

COGNOME E NOME	ETA'	RELAZIONE DI PARENTELA	PROFESSIONE	INDIRIZZO	NUMERO DI TELEFONO



**AMBITO SOCIALE S01\_1**

**COMUNI DI NOCERA INFERIORE – NOCERA SUPERIORE – CASTEL SAN GIORGIO – ROCCAPIEMONTE  
PROVINCIA DI SALERNO**


che la CONDIZIONE SOCIO – FAMILIARE/ ECONOMICA E SANITARIA del richiedente è la seguente:

**A. CONDIZIONE DI SALUTE:** (barrare la casella interessata):

Persona con handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 Legge 104/92)	
Persona con handicap (art. 3 comma 1 Legge 104/92)	
Persona invalida al 100% e/o in attesa di riconoscimento di cui alla Legge 104/92	
Persona con invalidità inferiore al 100%	

**B. CONDIZIONE FAMILIARE:** (barrare la casella interessata):

Anziano che vive solo senza rete parentale	
Anziano che vive con coniuge e/o figli o altri familiari non autosufficienti	
Anziano che vive con coniuge autosufficiente e con figli fuori dal Comune	
Anziano che vive solo con figli residenti nel Comune	

**C. SITUAZIONE REDDITUALE:** (barrare la casella interessata):

<b>I.S.E.E. del nucleo familiare</b>	
DA € 0,00 A € 11.725,78	
DA € 11.725,78 A € 20.000,00	
DA € 20.000,00 A € 31.878,93	
Oltre € 31.878,93	

**D. ETÁ:** (barrare la casella interessata):

Dal 65° anno compiuto al 70° anno compiuto	
Dal 71° anno compiuto al 76° anno compiuto	
Dal 77° anno compiuto al 80° anno compiuto	
Dal 81° anno compiuto al 86° anno compiuto	
Oltre 86 anni	



## AMBITO SOCIALE S01\_1

COMUNI DI NOCERA INFERIORE – NOCERA SUPERIORE – CASTEL SAN GIORGIO – ROCCAPIEMONTE  
PROVINCIA DI SALERNO

*Autorizza, ai sensi e per gli effetti della vigente normativa, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della richiesta inoltrata.*

### **A tal fine allega:**

- ISEE-ordinario in corso di validità;
- Eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile;
- certificato di cui alla legge n. 104/92,
- Fotocopia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria in corso di validità e, della persona che intende beneficiare del servizio e di chi sottoscrive l'istanza.

Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti.

---

(Luogo e data)

---

( Firma leggibile)