



**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 PERSONA CON DISABILITA’**

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):

Persona disabile che vive solo.	
Persona disabile che vive con altri familiari non autosufficienti.	
Persona disabile che vive con altri parenti prossimi (fratelli, sorelle, nipoti...).	
Persona disabile che vive con i soli genitori.	
Persona disabile che vive con genitori e/o coniuge e altri parenti prossimi fratelli, sorelle, nipoti.	

**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	

*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.*



## AMBITO SOCIALE S01\_1

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

**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)