

## Servizi di Assistenza Domiciliare

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

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Per sé stesso;

per altro familiare: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

di usufruire delle seguenti prestazioni del servizio di assistenza domiciliare:

#### A) Interventi rivolti alla persona, aiuto per:

- alzata e messa a letto
- igiene personale (compreso il bagno)
- vestizione
- uso di accorgimenti utili alla mobilità di persone costrette a letto o simili

#### B) Interventi di altro tipo:

- riordino e pulizia alloggio
- servizio di lavanderia
- aiuto alla preparazione e all'assunzione di pasti
- spese per acquisti vari inerenti le necessità quotidiane
- svolgimento di piccole commissioni
- accompagnamento con autovettura entro il Comune o per motivi di salute entro il territorio provinciale

Nei giorni di \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

N. ore settimanali \_\_\_\_\_

*Il Sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e che mendaci dichiarazioni oltre a comportare la decadenza dei benefici conseguiti dal provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000) costituiscono reato punito ai sensi del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità dichiarano che i fatti, stati e qualità riportati e documentazione allegata, costituiscono verità.*

### DICHIARA

**Che il sottoscritto, o la persona, o nucleo, a cui è rivolto il servizio rientra in una della seguente tipologia prevista dal vigente Regolamento**

- residente nel Comune di Civita Castellana;
- persone anziane ultrasessantacinquenni che vivono sole o con il proprio coniuge con esclusione di altri componenti;
- persone in condizione di non autosufficienza, anche momentanea, totale o parziale;

- di essere in possesso di riconoscimento di persona con handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 5.2.1992 n. 104, riconosciuto da \_\_\_\_\_ N.pratica \_\_\_\_\_ Data di definizione \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso di invalidità riconosciuta da \_\_\_\_\_ N. pratica \_\_\_\_\_ Data definizione \_\_\_\_\_;

**che la composizione del proprio nucleo familiare, o della persona a cui è rivolto il servizio è la seguente:**

**PROSPETTO:**

COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE	GRADO PARENTELA	DATA NASCITA	PROFESSIONE

**Dichiara inoltre di aver preso conoscenza di quanto previsto dal Regolamento**

- Il servizio di assistenza domiciliare rientra fra i servizi a domanda individuale e come tale è soggetto alla compartecipazione della spesa.
- Le tariffe vengono stabilite annualmente in base alle fasce ISEE. In situazione particolari nelle quali sono accordate più ore e tempi ed orari diversi da quelli previsti da Regolamento, il costo sarà totalmente a carico dell'utente.  
Detta quota dovrà essere versata entro il 10 di ciascun mese.  
In caso di mancato pagamento della quota entro il termine stabilito, l'Ufficio invierà un avviso per sollecitare gli interessati a regolarizzare la propria posizione entro e non oltre 15 giorni dalla data di invio.  
Qualora non si provveda alla regolarizzazione entro i termini di cui sopra, l'Ufficio disporrà la sospensione del servizio.
- Per i soggetti portatori di handicap, riconosciuti ai sensi della legge 104/92- art.3, comma 3 è riconosciuta una riduzione del 50% della tariffa prevista.
- Il servizio può cessare nei seguenti casi:
  - Per volontà del richiedente;
  - Qualora venga meno il rispetto nei confronti del personale di servizio (molestie, minacce, aggressioni verbali ecc.) in forma ripetuta;
  - Qualora l'utente si assenti più volte nell'orario di servizio, senza preventiva comunicazione;
  - Qualora l'utente non corrisponda il pagamento a suo carico;
  - In caso di assenza prolungata dell'utente, esclusi i ricoveri ospedalieri.

**Si allegano alla domanda i seguenti documenti:**

- Attestazione ISEE
- Documento di riconoscimento
- Scheda medica della persona che necessita di assistenza
- Verbale di invalidità
- Verbale di accompagnamento
- Verbale di riconoscimento di persona con handicap ai sensi art. 3, c. 3 l 104/92
- Altro \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI RELATIVE ALLA RACCOLTA DEI DATI PERSONALI (D.Lgs.196/2003)**

I dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196, esclusivamente nell'ambito dell'erogazione del presente servizio.

Il trattamento dei dati personali è tutelato dalla legge sulla privacy ai sensi del d. lgs. 196/2003 e del regolamento europeo (ue) 2016/679, ai fini previsti dal Regolamento UE n. 2016/679 ed in particolare dall' art. 13 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Si informa che il trattamento dei dati personali forniti ed acquisiti, avverrà nel rispetto della normativa prevista dal predetto regolamento e dei diritti ed obblighi conseguenti. Il Titolare del trattamento è il Comune di Civita Castellana. I dati personali forniti sono essenziali ai fini dell'erogazione del servizio richiesto e il relativo trattamento, informatico e non, verrà effettuato dal Comune di Civita Castellana tramite gli uffici preposti, nel rispetto della normativa vigente, unicamente per i suddetti fini. L'utente potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti previsti dalla vigente normativa mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all' indirizzo [comune.civitacastellana@legalmail.it](mailto:comune.civitacastellana@legalmail.it).

Il Responsabile della protezione dei dati è l'Ing Nicola Madrigali, contattabile all'indirizzo mail [nicola.madrigali@ordingbo.it](mailto:nicola.madrigali@ordingbo.it) e alla pec [nicola.madrigali@ingpec.eu](mailto:nicola.madrigali@ingpec.eu).

Civita Castellana, \_\_\_\_\_

(Firma)

\_\_\_\_\_

**Fasce di pagamento (secondo indicatore ISEE) per il Servizio di Assistenza Domiciliare**

N.	FASCE ISEE	Quota oraria
1	Da zero a € 2.000,99	€ 2,50
2	Da € 2.001,00 a € 3.000,99	€ 3,60
3	Da € 3.001,00 a € 5.500,99	€ 5,00
4	Da € 5.501,00 a € 7.000,99	€ 6,10
5	Da € 7.001,00 a € 9.000,99	€ 7,30
6	Da € 9.000,00 a € 12.000,99	€ 8,50
7	Oltre € 12.001,00	€ 11,60