



DOMANDA DI AMMISSIONE AGLI INTERVENTI DI “ASSISTENZA DOMICILIARE”

Il sottoscritto/a:

Cognome e Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Data di nascita: _____ **Comune/Stato Estero:** _____

Residente in: _____

Domiciliato in: _____

Telefono: _____

in qualità di:

destinatario/a dell'intervento

oppure di:

familiare; (indicare grado di parentela con il beneficiario _____)

tutore/amministratore di sostegno con rappresentanza;

del/la beneficiario/a dell'intervento:

Cognome e Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Data di nascita: _____ **Comune/Stato Estero:** _____

Residente in: _____

Domiciliato in: _____

Telefono: _____

CHIEDE

di fruire, secondo le modalità e i criteri previsti per l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali del/i seguente/i intervento/i:

- Servizio Aiuto Domiciliare;
- Servizio Pasti a Domicilio;
- Servizio Pasti presso Struttura;
- Servizio Telesoccorso/Telecontrollo

A TAL FINE

- allega alla presente la dichiarazione ai fini del calcolo della quota di compartecipazione alla spesa degli interventi socio-assistenziali e l'attestazione Icef.
- dichiara di non allegare la dichiarazione ai fini del calcolo della quota di compartecipazione alla spesa degli interventi socio-assistenziali e l'Attestazione Icef e pertanto di essere consapevole che per i servizi richiesti saranno applicate le quote massime di compartecipazione senza limite mensile;

inoltre DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiera, di formazione o uso di atti falsi (richiamate dall'articoli 76 del D.P.R. n. 445/00), nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 del D.P.R. n. 445/00);
- di essere consapevole che sui dati dichiarati in sede di presentazione Icef potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del D.P.R. n. 445 del 2000; nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli da parte della Provincia Autonoma di Trento, diretti a accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parete della Guardia di Finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare (qualora indicato), ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle finanze;
- che la presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al 3° grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante; (in questo caso allegare copia della carta d'identità del dichiarante);
- che la presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza Legale;

Con riferimento al Decreto legislativo nr. 196/2003, sulla tutela della privacy, la Comunità Territoriale informa che i dati forniti vengono utilizzati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. I dati richiesti sono trattati, anche con l'ausilio di strumenti informatici, dal Servizio Socio Assistenziale della Comunità Territoriale della Val di Fiemme, Via Alberti n. 4 – Cavalese. La Comunità Territoriale informa, inoltre, che il soggetto richiedente può avvalersi del diritto ai sensi dell'articolo 7 del Decreto legislativo nr. 196/2003 anche a mezzo terza persona fisica o associazione cui abbia conferito delega o procura, al fine di conoscere i dati che riguardano gli interventi stessi ed intervenire circa il loro trattamento. La presente informativa persegue unicamente gli scopi conoscitivi sopra esposti e non comporta alcun obbligo in carico al destinatario.

(luogo e data)

(firma dichiarante)

PARTE RISERVATA ALL'ENTE

Il/la sottoscritto/a **X_UTEN_REFDES** dipendente della Comunità Territoriale della Valle di Fiemme, ai sensi dell'articolo 38 del T.U. in materia di documentazione amministrativa attesta che la firma in calce alla su estesa dichiarazione:

- è stata apposta in mia presenza;
ovvero,
 è stata consegnata sottoscritta unitamente alla copia del documento di identità che si allega.

Cavalese, li _____

Firma e timbro _____

Il/la sottoscritto/a dipendente della Comunità Territoriale della Valle di Fiemme, incaricata alla raccolta della presente domanda dichiara che la stessa è completa di tutta la documentazione e delle dichiarazioni richieste.

Cavalese, li _____

Firma e timbro _____

Rilasciata ricevuta in data
UFFICIO RESPONSABILE
FUNZIONARIO RESPONSABILE

SERVIZIO SOCIALE
Ass. Soc. sig.ra Manuela Silvestri

Termine del procedimento	Richiesta integrazioni:		Sospensione dei termini:	
	Causale	_____	Causale	_____
	data richiesta	_____	Estremi provvedimento	_____
	sospensione istruttoria	dal _____ al _____	sospensione istruttoria	dal _____ al _____
Nuovo termine del procedimento	Richiesta integrazioni:		Sospensione dei termini:	
	Causale	_____	Causale	_____
	data richiesta	_____	Estremi provvedimento	_____
	sospensione istruttoria	dal _____ al _____	sospensione istruttoria	dal _____ al _____

Cavalese, _____

Si accusa ricevuta, a' sensi art. 3 L.P. 23/1992 e s.m., della presentazione da parte di _____ a favore di _____ della domanda / istanza / altri documenti relativi alla:



Ammissione agli interventi di "Assistenza Domiciliare"

Si comunica all'interessato che l'ufficio competente è l'Ufficio Socio-Assistenziale (tel. 0462/241391) e che il funzionario responsabile del procedimento è la sig.ra Manuela Silvestri. Il procedimento, come stabilito con deliberazione della Giunta comprensoriale n. 59 del 31/08/2009, o in base alla normativa vigente, si concluderà entro **60 giorni**.

L'interessato potrà rivolgersi a tale Ufficio, e in particolare al funzionario sotto indicato, per informazioni sullo stato della pratica così come per prendere eventualmente visione degli atti del procedimento.

IL FUNZIONARIO INCARICATO
(_____)

