Piano di Zona
Distretto Sociale Est Milano

Comuni di:
Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

Addì __ / __ / ____
Prot. _____

Al Comune di _____

**ISTANZA PER LA CONCESSIONE DELL'ASSEGNO DI CURA
PER ANZIANI E DISABILI – ANNO 2008**

IO SOTTOSCRITTA/O (nome e cognome) _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefonon fisso _____ Telefono mobile _____

**INOLTRO ISTANZA PER LA CONCESSIONE DELL'ASSEGNO DI CURA
AI SENSI DELLA LEGGE 328/2000**

- PER ME STESSO (apporre una crocetta)**
- PER IL SEGUENTE FAMILIARE (nome e cognome)** _____

tipo di parentela con il richiedente (ad es. moglie, figlio, ecc) _____

nata/o a _____ Prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ai fini della concessione dell'assegno di cura, consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge in materia di false attestazioni e dichiarazioni mendaci, ai sensi della Legge 15/05/97 n. 127 e successive modifiche e integrazioni,

DICHIARO

che la situazione del candidato alla percezione dell'assegno di cura è compatibile con i Criteri per l'erogazione stabiliti dal Distretto Sociale Est Milano. Nello specifico dichiaro quanto segue:

- La competente commissione Socio Sanitaria, in data __ / __ / ____ , ha accertato il Suo stato di **INVALIDITA' CIVILE** con diritto a percepire l'indennità di accompagnamento (allego copia del verbale di accertamento rilasciato dall'ASL);

- L' **ISEE** (Indicatore della Situazione Economico Equivalente) del nucleo familiare anagrafico del candidato alla percezione, valido fino al giorno __ / __ / ____ , è inferiore o uguale al valore di € 12.000 (allego copia dell'ISEE impegnandomi al rinnovo dello stesso ed alla tempestiva consegna al competente Servizio Sociale, pena la sospensione dell'erogazione);
- La composizione del **NUCLEO FAMILIARE** anagrafico del candidato è la seguente :
 - Anziano/disabile solo
 - Anziano/disabile con familiare con riconosciuta invalidità >2/3 (allegare certificazione)
 - Anziano/disabile con familiare con riconosciuta invalidità <2/3 (allegare certificazione)
 - Anziano/disabile con un solo familiare o assimilato autosufficiente
 - Anziano/disabile con più familiari o assimilati autosufficienti

Allego copia del verbale di invalidità di altro familiare (nel caso di presenza di altri soggetti cui sia stato riconosciuto uno stato di invalidità);

- Al fine dell'attribuzione del punteggio, relativo alle condizioni di **FRAGILITA' SOCIALE**, accetto la valutazione che il Servizio Sociale Professionale effettuerà presso l'abituale dimora del candidato (**DOMICILIO**) attraverso una visita domiciliare. Tale valutazione terrà conto della situazione di convivenza di fatto del candidato.

INOLTRE

- Dichiaro che **NON SUSSISTE RICOVERO PERMANENTE** in struttura residenziale e m'impegno sin d'ora, in caso di ricoveri futuri, a darne comunicazione tempestiva al Servizio Sociale in indirizzo, consapevole che, allo scadere dei tre mesi di ricovero, l'erogazione dell'assegno di cura verrà sospesa;
- In qualità di richiedente, mi impegno a segnalare tempestivamente al Servizio Sociale Professionale qualsiasi variazione delle dichiarazioni rese che riguardino eventuali modificazioni della situazione familiare e/o della situazione economica del beneficiario e/o della situazione socio sanitaria;
- Al fine di agevolare il lavoro del Servizio Sociale Professionale rendo noti, previo Loro consenso, i nominativi e i riferimenti di tutti i familiari del candidato entro il primo grado di parentela (coniugi, genitori figli e, in assenza di questi, eventuali nipoti):

nome e cognome _____ tipo di parentela _____ telefono _____
via/p.zza _____ comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

nome e cognome _____ tipo di parentela _____ telefono _____
via/p.zza _____ comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

nome e cognome _____ tipo di parentela _____ telefono _____
via/p.zza _____ comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

nome e cognome _____ tipo di parentela _____ telefono _____
via/p.zza _____ comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

nome e cognome _____ tipo di parentela _____ telefono _____
via/p.zza _____ comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

nome e cognome _____ tipo di parentela _____ telefono _____
via/p.zza _____ comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

nome e cognome _____ tipo di parentela _____ telefono _____
via/p.zza _____ comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

nome e cognome _____ tipo di parentela _____ telefono _____
via/p.zza _____ comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

- In caso di accoglimento dell'istanza, scelgo la seguente modalità di accreditamento dei benefici economici (apporre una crocetta):

bonifico bancario

bonifico postale

indicare di seguito il **codice IBAN** (composto di 27 cifre tra lettere e numeri)

Ufficio di Piano 3 Distretto Sociale Est Milano Via C. Battisti 56 - 20090 Vimodrone (MI)

Tel: 0225077221-236 Fax: 022500316 e.mail: ufficiodipiano3@comune.vimodrone.milano.it