

# Distretto Socio Sanitario n.31

Al Signor Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Richiesta interventi complementari all'assistenza domiciliare mediante ricoveri temporanei in strutture socio-sanitarie o sociali.

Il/la sottoscritto/a.....  
nat... a..... il ....., e residente in .....  
....., Via/c.da ....., n° .....,  
C.F. .... tel..... ,

## CHIEDE

**Il ricovero per il proprio familiare** \_\_\_\_\_  
**presso la struttura** \_\_\_\_\_  
**dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole che in caso di false dichiarazioni andrà incontro alle sanzioni penalo, previste dall'art 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000 e decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi e per gli effetti dell'art.75 del citato D.P.R. n.445/2000,

## DICHIARA

Che la persona per cui viene chiesto il ricovero, residente nel Comune di \_\_\_\_\_, usufruisce dell'assistenza domiciliare e si trova nel seguente stato:

- anziano con invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento;
- disabile grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/92;

Dichiara, inoltre, che il proprio nucleo familiare è così composto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Allega alla presente istanza la seguente documentazione:

- Verbale di invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento per gli anziani;
- Certificato di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/92 per i disabili gravi;
- Attestazione I.S.E.E. , in corso di validità , relativa ai redditi del nucleo familiare, comprensiva di dichiarazione sostitutiva unica, non superiore a € 25.000,00;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Copia del codice fiscale.

\_\_\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_ autorizza, ai sensi dell'art.23 del Decreto Legislativo 196/2003, il Comune di \_\_\_\_\_, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa all'ammissione al contributo.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

(Firma)

\_\_\_\_\_