



Nemi



Lanuvio



Genzano di Roma



Castel Gandolfo



Ariccia



Albano Laziale
Capofila



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.2

AL COMUNE DI _____

MODELLO "A1" PER LA RICHIESTA DI ACCESSO O RINNOVO DI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI - CON DISABILITÀ - MINORI RESIDENTI NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO RM 6.2.

IL/LA SOTTOSCRITT_ NOME _____ COGNOME _____

NAT_ A _____ PROV. (____) IL _____

RESIDENTE IN _____ PROV. (____) VIA/PIAZZA _____

N°CIVICO _____ CAP _____

DOMICILIAT_ IN (SOLO SE DIFFERENTE DALLA RESIDENZA) _____

PROV. (____) VIA / PIAZZA _____ N°CIVICO _____

CAP _____ CODICE FISCALE _____

TEL. _____ CELL. _____

CHIEDE

PER SÉ STESSO

IN FAVORE DI NOME _____ COGNOME _____

NAT_ A _____ PROV. (____)

IL _____ RESIDENTE IN _____ PROV. (____)

VIA/ PIAZZA _____ N° CIVICO _____

DOMICILIAT_ IN (SOLO SE DIFFERENTE DALLA RESIDENZA) _____

PROV (____) VIA / PIAZZA _____ N°CIVICO _____

CAP _____

CODICE FISCALE _____

TEL. _____ CELL. _____

IN QUALITÀ DI FAMILIARE POICHÉ IL SOGGETTO DESTINATARIO È IMPOSSIBILITATO AD EFFETTUARE LA RICHIESTA (MOTIVARE) _____

IN QUALITÀ DI GENITORE/ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

IN QUALITÀ DI TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (SPECIFICARE) _____

(DECRETO TRIBUNALE DI _____ N. _____)

DI POTER ACCEDERE AL SEGUENTE SERVIZIO

DI RINNOVO DEL SEGUENTE SERVIZIO

ADI - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

ASSISTENZA DOMICILIARE AI SENSI DELLA L. 162/98 *GESTITA IN FORMA DIRETTA*

ASSISTENZA DOMICILIARE AI SENSI DELLA L. 162/98 *GESTITA IN FORMA INDIRETTA*

ADEM - ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA MINORI

DICHIARA CHE IL RICHIEDENTE HA UN'ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITÀ

PARI A _____

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA (ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE IN FUNZIONE DELLA PRESTAZIONE RICHIESTA)

	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.):
	AUTOCERTIFICAZIONE DELLE GENERALITÀ DEI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE DI CONVIVENZA
	CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LA MALATTIA O L'INVALIDITÀ CHE COMPORTA LA PARZIALE O TOTALE PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA DELLA PERSONA ANZIANA E FOTOCOPIA DI ULTERIORI CERTIFICAZIONI RILASCIATE DALLA ASL ROMA 6 IN CASO DI AGGIORNAMENTI.
	FOTOCOPIA DEL VERBALE DELLA COMMISSIONE PER L'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ (SE INVALIDO CIVILE);
	FOTOCOPIA DELLA CERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL RICONOSCIMENTO DELLA DISABILITÀ (LEGGE 104/92), SE IN POSSESSO;
	DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL BENEFICIARIO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA E DEL RICHIEDENTE SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO

	ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE- LEGGE 162/1998
	AUTOCERTIFICAZIONE DELLE GENERALITÀ DEI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE DI CONVIVENZA
	CERTIFICAZIONE ATTESTANTE LA CONDIZIONE DI HANDICAP AI SENSI DELLA LEGGE N. 104/1992 E FOTOCOPIA DI ULTERIORI CERTIFICAZIONI RILASCIATE DALLA ASL ROMA 6 IN CASO DI AGGIORNAMENTI DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ
	DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL BENEFICIARIO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA O DEL RICHIEDENTE IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA (SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO)

	ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA MINORI (A.D.E.M.)
	AUTOCERTIFICAZIONE DELLE GENERALITÀ DEI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE DI CONVIVENZA
	CERTIFICAZIONE DI DISAGIO PSICO-FISICO E/O SOCIO-AMBIENTALE RILASCIATO DAL SERVIZIO TSMREE DELLA ASL ROMA 6 E FOTOCOPIA DI ULTERIORI CERTIFICAZIONI IN CASO DI AGGIORNAMENTI DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ
	FOTOCOPIA DELLA CERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL RICONOSCIMENTO DELLA DISABILITÀ (LEGGE 104/92), SE IN POSSESSO
	DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL GENITORE RICHIEDENTE IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA MINORI INTEGRATA

SI AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LE FINALITÀ CONNESSE ALL'ISTRUTTORIA ED ALLO SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE IN BASE ALL'ART. 13 DEL D.LGS 196/2003 E ALL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 RELATIVO ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE (GDPR)

LI _____

DATA _____

FIRMA _____