



Comune di Montefiascone

Provincia di Viterbo

ENTE CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO - SANITARIO VT/1

[Comuni di Montefiascone (Ente Capofila), Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano e l'Azienda Asl Distretto 1 Montefiascone].

AL COMUNE DI : _____

(Comune di residenza)

Richiesta di:

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

(A.D.I.)

(Da trasmettere al proprio Comune di residenza)

Il sottoscritt _____ nat a _____ ()

Il ____ / ____ / ____ residente a _____

In via _____ nr. _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

Medico curante : Dott. _____ Tel _____

C h i e d e

per se stesso

in qualità di _____ in nome e per conto:

del ____ Sig. _____

nat a _____ ()

Il ____ / ____ / ____ residente a _____

In via _____ nr. _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

Medico curante : Dott. _____ Tel _____

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR nr. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

D i c h i a r a

1) di essere :

- invalido in attesa di riconoscimento, come da allegata copia di richiesta inoltrata alla competente Commissione.
- invalido civile al%;

- titolare di indennità di accompagnamento;
- titolare di altre indennità
- titolare dello status di handicap ai sensi della Legge 104/92

2) dichiara inoltre:

- che il proprio nucleo familiare è composto dalle persone riportate nell'attestazione ISEE che si rimette in allegato;
- che l'attestazione ISEE in corso di validità ammonta a €
- di percepire indennità di accompagnamento pari ad €/men
- di percepire altre indennità (invalidità civile, rendita INAIL/INPS, pensione estera,) per un importo complessivo pari ad €/men
- di aver preso conoscenza della tariffa di adesione al servizio nei valori stabiliti dalla delibera di Consiglio del Commissario Straordinario n° 24 del 19.05.2021 e di seguito riportata:

Fino a Euro 6.000,00	Euro 3,00 /ora oltre iva 5%
Da Euro 6.001,00 a Euro 11.000,00	Euro 4,50 /ora oltre iva 5%
Da Euro 11.001,00 a Euro 16.000,00	Euro 6,50 /ora oltre iva 5%
Da Euro 16.001,00 a Euro 22.000,00	Euro 8,00 /ora oltre iva 5%
Superiore ad Euro 22.001,00	Euro 16,50/ora oltre iva 5%
- di impegnarsi, inoltre, fin da ora a corrispondere direttamente al soggetto erogatore del servizio, prescelto tra quelli iscritti all'Albo Distrettuale, l'importo orario a proprio carico di:

Situazione reddituale (ISEE +indennità di accompagnamento + altre indennità) €

Importo : €/ora+iva 5%

3) Allega alla presente:

- copia del verbale di invalidità civile;
- certificazione relativa allo stato di handicap (L. 104/92);
- certificato del medico di base per l'eventuale accesso in A.D.I;
- copia dell'attestazione ISEE in corso di validità, completa di dichiarazione sostitutiva unica;
- certificazione altre indennità
- copia del documento di identità in corso di validità;
- autocertificazione dello stato di famiglia dell'utente.

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

_____ lì _____

Il dichiarante