

**Amministrazione destinataria**

Comune di Seregno

Ufficio destinatario

Gestione Amministrativa Servizi Sociali

Domanda per l'accesso ai servizi semiresidenziali**Il sottoscritto**

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

in relazione al colloquio individuale con l'assistente sociale

Codice accesso

Assistente sociale

Cognome

Nome

CHIEDE

l'accesso al seguente servizio semiresidenziale

Tipologia

☐ centro diurno disabili (CDD)

Denominazione struttura individuata

☐ centro socio educativo (CSE)

Denominazione struttura individuata

☐ servizio formazione autonomia (SFA)

Denominazione struttura individuata

☐ servizio educativo domiciliare (SEDH)☐ altro (specificare)

Soggetto interessato

- ☐ riferito a se stesso
- ☐ riferito alla persona di seguito specificata

soggetto interessato

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

- ☐ in possesso del permesso/carta di soggiorno

Data di scadenza

- ☐ non in possesso del permesso/carta di soggiorno

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA**Condizioni di invalidità o condizione di disabilità**

- ☒ che il beneficiario

- ☐ ha un'invalidità civile

Grado di invalidità

%

- ☐ è riconosciuto come persona con disabilità ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104

- ☐ è iscritto nelle liste di collocamento mirato ai sensi della Legge 12/03/1999, n. 68

Riduzioni e agevolazioni

- ☐ di chiedere il riconoscimento di una tariffa agevolata essendo in possesso del seguente ISEE per prestazioni socio-sanitarie (*)

Importo

€

Data di rilascio

Numero di protocollo INPS

- ☐ di impegnarsi a produrre la dichiarazione ISEE entro 30 giorni dalla presentazione della domanda, consapevole che in caso di mancata presentazione entro i termini sopra indicati verrà applicata la tariffa massima prevista

- ☐ di non voler predisporre l'attestazione ISEE e di essere consapevole che in mancanza di tale documento verrà applicata la tariffa massima prevista

(*) per tali prestazioni, nel caso il beneficiario del servizio sia persona maggiorenne con disabilità o non autosufficienza, è possibile scegliere, se più favorevole, un ISEE per nucleo familiare ristretto

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di impegnarsi a

- ☒ comunicare ogni eventuale variazione (es.composizione nucleo familiare, reddito) che possa modificare il calcolo della tariffa per l'accesso ai servizi o altro beneficio connesso
- ☒ aderire e rispettare il progetto che verrà concordato con l'assistente sociale referente e a comunicare nuove necessità che possano modificare la progettualità concordata (es. centro scelto, monte ore settimanale, giorni frequenza)

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐ copia della certificazione relativa al riconoscimento d'invalidità civile del richiedente

(verbale della commissione medica rilasciato dall'A.S.L. ai sensi della Legge 05/05/1992 n. 104)

☐ copia della certificazione di cui alla Legge 12/03/1999 n. 68

☐ atto di nomina dell'amministratore di sostegno o del tutore

☐ copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Seregno

Luogo

Data

il dichiarante