

**ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI  
DEL COMUNE DI**

---

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ Tel. N. \_\_\_\_\_  
familiare del soggetto anziano/disabile/ad alto rischio sanitario \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ Tel. N. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/di ammettere il familiare alla fruizione del servizio di telesoccorso.

A tal fine dichiara di trovarsi nelle seguenti condizioni/che il familiare si trova nelle seguenti condizioni:

- Persona sola ad alto rischio sanitario;
- Disabile solo o persona ad alto rischio sanitario che, pur inserito in un nucleo familiare, rimane sola in diversi momenti della giornata;
- Persona sola di età superiore ai 75 anni;
- Persona sola con età compresa tra i 65 ed i 75 anni;
- Coppia di anziani soli composta da persone con età superiore ai 75 anni;
- Coppia di anziani soli composta da persone con età compresa tra i 65 ed i 75 anni di età;
- Anziano che ha compiuto il 65° anno di età, o disabile che pur convivente con familiari, rimane sola in diversi momenti della giornata.

Di essere tenuto a compartecipare al costo del servizio a seconda della fascia di appartenenza come segue:

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reddito fino ad € 10.000,00                       | Servizio gratuito                    |
| <input type="checkbox"/> Reddito da € 10.000,01 fino ad € 12.000,00        | 30%del costo del servizio            |
| <input type="checkbox"/> Reddito da € 12.000,01 fino ad € 15.000,00        | 50%del costo del servizio            |
| <input type="checkbox"/> Reddito oltre il limite precedente di € 15.000,00 | Totale carico del costo del servizio |

Che il proprio medico curante è il Dott. \_\_\_\_\_

Di essere a conoscenza che al fine del computo del reddito familiare saranno considerati i redditi complessivi usufruiti a qualsiasi titolo da tutti i soggetti componenti la famiglia anagrafica compresi i redditi esenti IRPEF.

Che dei componenti la famiglia anagrafica percepiscono reddito esente ai fini IRPEF (invalidi civili, assegno sociale, pensione sociale, ciechi civile, rendita INAIL, indennità di accompagnamento, etc.) i seguenti soggetti:

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

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione su quanto sopra.

Allega alla presente:

- Attestazione ISE riferita a tutti i componenti la famiglia anagrafica;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità;
- Documentazione relativa alla fruizione di prestazione assistenziale esente da IRPEF (invalidi civili, assegno sociale, pensione sociale, ciechi civili, rendita INAIL, indennità di accompagnamento, etc.);
- Spese (riferite all'anno 2012) documentate con ricette mediche e allegati scontrini fiscali per cure sanitarie non erogate gratuitamente e non rimborsate dal servizio sanitario;
- Certificato rilasciato dalla Commissione invalidi civili di riconoscimento della condizione di invalidità 100%, per i disabili;
- Certificato rilasciato dal medico curante attestante la condizione di soggetto ad alto rischio sanitario (per i soggetti rientranti in tale condizione).

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Informativa ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali;

***i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.***