

OGGETTO: Piano di azione coesione - PAC Anziani - 2° Riparto - Richiesta intervento domiciliare.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

CHIEDE

- Per sè stesso
- Per il proprio familiare ultrasessantacinquenne non autosufficiente,

Sig. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

di potere usufruire dell'assistenza a favore di anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti prevista dal PAC Anziani - secondo riparto - ed in particolare

- Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari (ADI)
- Assistenza domiciliare anziani (ADA)

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- Di possedere i requisiti previsti dal piano di intervento per l'ammissione al servizio richiesto;
- Di essere/non essere beneficiario di ADI distrettuale dell'ASP 5

Allega alla presente

1. Attestazione ISEE relativa ai redditi percepiti nell'anno 2015 dalla persona da assistere, rilasciata secondo la normativa vigente dal 01/01/2015;
2. Certificazione medica attestante il grado di non autosufficienza della persona da assistere;
3. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Autorizza ai sensi delle vigenti disposizioni sulla privacy, il trattamento dei dati ai fini del presente procedimento.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Created with



**nitro**PDF<sup>®</sup> professional

download the free trial online at [nitropdf.com/professional](http://nitropdf.com/professional)