

**Alla Comunità Montana  
"MONTAGNA MARSICANA"  
Avezzano**

**Ambito Sociale Distrettuale n. 2 Marsica**

OGGETTO: Piano Sociale Distrettuale - Annualità \_\_\_\_\_ - Richiesta **"ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI"**.

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**genitore/tutore del disabile** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

che \_\_\_\_\_ possa usufruire del servizio di "Assistenza Domiciliare Disabili" per l'anno \_\_\_\_\_;

A tal fine dichiara:

1. Di non usufruire di analoghe prestazioni da parte di altri Enti o Associazioni pubbliche e private.

Si impegna altresì:

- a) ad accettare l'organizzazione e gli orari stabiliti, salvo diversi accordi con il personale per esigenze particolari, comunicate tempestivamente dall'Ente;
- b) a versare la quota mensile spettante se dovuta;
- c) ad aggiornare la documentazione (dichiarazione sostitutiva del certificato di stato di famiglia e residenza - attestazione ISEE e certificato medico) in caso di variazione.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_

Da allegare:

- Modulo 01- segnalazione MMG/PLS compilato dal medico di base;
- Dichiarazione sostitutiva del certificato di stato di famiglia e residenza;
- Attestazione ISEE per l'anno in corso;
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido.
- Certificazione attestante la disabilità stabilita dalla L. 104/92 art. 3 comma 3;