

Al Presidente
della Comunità Montana Peligna
Ente Gestore dell'Ambito Sociale n.17
Via A. Angeloni, 11
67039 Sulmona (AQ)

Il Sottoscritto _____
Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Via _____ N. _____

Recapito telefonico _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a al beneficio del contributo regionale per il sostegno alle famiglie impegnate nell'assistenza domiciliare a persone non autosufficienti.

Il sottoscritto dichiara che:

1) Il convivente assistito Sig. _____ è persona non autosufficiente, come da certificato allegato:

2) La situazione reddituale del proprio nucleo familiare risultante dall'indicatore della Situazione Economica (ISEE) è pari a € _____ (vedi allegato)

3) La posizione contributiva per l'assistente familiare è la seguente: (barrare la voce che interessa)

I contributi sono versati da almeno due mesi (vedi allegato);

La comunicazione di assunzione all'INPS e INAIL è stata inoltrata per contratto stipulato contestualmente alla presente domanda (vedi allegato);

L'assistenza domiciliare è espletata mediante un familiare convivente, come da allegata dichiarazione sostitutiva (vedi allegato);

4) Il proprio nucleo familiare: (barrare la voce che interessa)

Usufruisce di un servizio di assistenza domiciliare o ADI erogato dall'Ambito Sociale n.17;

Non usufruisce di un servizio di assistenza domiciliare o ADI erogato dall'Ambito Sociale n.17;

Si allegano:

Copia modello I.S.E.E.

(barrare la voce che interessa)

Certificato L.05/02/1992 n.104 art.3 c.3.

Certificato invalidità 100% con assegno di accompagnamento.

Certificato sulla base della valutazione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM).

Dichiarazione sostitutiva di assistenza domiciliare mediante un familiare convivente.

Attestazione di versamento contributi.

Comunicazioni INPS – INAIL.

_____, _____

Firma
