



Area "Città Vitale"

Settore Politiche per il Cittadino

Servizio Gestione Politiche Sociali

AUTOCERTIFICAZIONE

Servizio Assistenza Domiciliare e Assistenza Domiciliare Integrata

Il sottoscritto (cognome e nome)	
Data e luogo nascita	
<i>(eventualmente)</i>	
In qualità di	O AMMINISTRATORE di SOSTEGNO O CURATORE O TUTORE O (altro) _____
del sig./ sig.ra	
Data e luogo nascita	

Residente a	PESCARA	CAP
Indirizzo		
Stato civile		
recapiti (tel, e-mail, pec)		
REFERENTE (eventuale)		

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e ai sensi degli art. 46-47 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle responsabilità alle quali può incorrere in caso di dichiarazione mendace (art. 496 del C.P.) tra cui l'interruzione immediata del Servizio, che:

- **il nucleo familiare è composto da n. _____ adulti e n. _____ minori:**

NOMINATIVO	LUOGO di NASCITA	DATA di NASCITA	PARENTELA

- **il reddito mensile di ogni singolo componente il nucleo familiare è il seguente:**

COGNOME e NOME	REDDITI da lavoro	PENSIONE- VITALIZI	
		Categoria *	Importo

* (Indennità Accompagnamento, etc; Pensione: Invalidità Civile, contributiva, di reversibilità, d'inabilità, INAIL; Assegno Sociale, etc; vitalizi; etc)

- nel nucleo familiare sono presenti persone con riconoscimento **invalidità civile** e **Legge n. 104/'92 (comma 3)**:

COGNOME e NOME	INVALIDITA' CIVILE		INDENNITA' ACCOMPAGNAMENTO			LEGGE n.104 del 1992 comma 3 (in situazione di gravità)		
	%	Richiesta in corso (Si/No)	SI	NO	Richiesta in corso (Si/No)	SI	NO	Richiesta in corso(Si/No)

- ai sensi dell'art. 433 C.C., i **parenti tenuti all'obbligo degli alimenti** sono (indicare il coniuge, i figli, i genitori e i/le fratelli/sorelle):

COGNOME e NOME	PARENTELA	RESIDENZA (luogo e indirizzo)

- abita in un **alloggio** ☐ di proprietà ☐ in affitto ☐ di proprietà di Ente Pubblico ☐ altro

- paga mensilmente un canone di € _____ ;
- ha percepito/percepisce i seguenti **contributi/ benefici** da fondi della Pubblica Amministrazione per la medesima finalità (es:Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNNA), Home Care Premium (HCP), Progetto Vita Indipendente). Se **SI**, indicare quale:
- _____;
- di usufruire dell'**ADI sanitario** dal _____ al _____;
- che nel nucleo familiare è presente **percettore di assegno di Inclusione (AdI)**. Se **SI**, indicare:
- nominativo:_____ ; importo: € _____ ; periodo : dal _____ al _____;
- (**altro**) _____
- _____.

“Ai sensi del D.LGS. 196/2003 e degli artt. 4 – 5 – 7 del Regolamento U.E. 2016/679, dichiaro di aver preso visione dell’informativa sul Trattamento dei Dati Sensibili n. 13 del Comune di Pescara, in allegato alla presente, reperibile anche presso lo Sportello del Segretariato Sociale o sul sito Istituzionale”

Pescara, _____

firma _____