



Amministrazione destinataria

Comune di Rozzano

Ufficio destinatario

Ufficio servizio sociale

## Domanda di accesso agli interventi sociali

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

l'accesso ai seguenti interventi sociali

- per se stesso
- per il seguente soggetto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

Specificare il grado di parentela con il sottoscritto

- l'integrazione della retta mensile
  - relativa al soggiorno in case di riposo e residenze sanitarie assistenziali (RSA)
 

Specificare l'importo della retta mensile

 €
  - relativa al soggiorno in residenze sanitarie per disabili
 

Specificare l'importo della retta mensile

 €
- l'accesso al servizio di assistenza domiciliare garantito mediante voucher
- l'accesso al servizio pasti a domicilio garantito mediante voucher
- l'accesso alla frequenza di centro socio educativo (CSE)
- l'accesso alla frequenza di centro diurno disabili (CDD)
- l'accesso al servizio di trasporto sociale
- l'accesso all'assistenza economica da parte del comune

### DICHIARA

- che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	% Disabilità (***)

*Grado di parentela (\*)*  
coniuge, convivente, dichiarante, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine

*Disabilità (\*\*\*)*  
nessuna, 1%-33%, 34%-45%, 46%-50%, 51%-66%, 67%-74%, 75%-99%, 100%

- che il beneficiario risulta
  - titolare di invalidità civile
 

Specificare la percentuale di invalidità

 %
  - ricevente di indennità di accompagnamento
  - ricevente di pensione di reversibilità o rendite di polizze assicurative

che il beneficiario gode dei seguenti interventi economici o di sostegno domiciliare

Tipologia di servizio	Mese o anno di attivazione	Mese o anno di domanda

che il coniuge, anche se legalmente separato in via consensuale o giudiziale salvo addebito, e i parenti non conviventi obbligati agli alimenti del beneficiario, ovvero richiedente, se coincidente con beneficiario, in linea retta, genitori e in caso di mancanza, loro ascendenti, anche naturali; figli legittimi, legittimati, naturali, adottivi, in linea collaterale, fratelli, sorelle, suocero, suocera, generi, nuore sono i seguenti

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela (*)	Invalidità

di possedere il seguente ISEE

Importo	€	Data di rilascio	Data di scadenza

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- certificato di accettazione della struttura prescelta  
*(solo per coloro che fanno la domanda per la prima volta)*
- documentazione attestante lo stato di invalidità  
*(solo per coloro che fanno la domanda per la prima volta)*
- copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile  
*(solo per coloro che fanno la domanda per la prima volta)*
- copia carta d'identità del richiedente in caso sia soggetto diverso dal beneficiario
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Rozzano

Luogo

Data

il dichiarante