



ALLEGATO A – MODELLO DI DOMANDA

- di essere l'unico membro del proprio nucleo familiare a presentare istanza per l'avviso in oggetto;
- di non usufruire, per l'anno in corso, di altri servizi simili di tipo domiciliare previsti da altri Enti, quali INPS, Regione, etc.;
- di non usufruire, per l'anno in corso, di assegno di cura;

Dichiara, inoltre:

- di avere un'età di _____
- di avere un'invalidità pari o superiore al 74 % ai sensi della legge 118/1971, di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- Anziano ultrasessantacinquenne senza disabilità o invalidità;
 - Anziano ultrasessantacinquenne con disabilità ai sensi della legge 104/92 art. 3 c.3;
 - Anziano ultrasessantacinquenne con disabilità ai sensi della legge 104/92 art. 3 c.1;
 - Anziano ultrasessantacinquenne con invalidità pari o superiore al 74% ai sensi della legge 118/1971;
- che il proprio stato di famiglia è così composto:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

A tal proposito allega alla presente:

- Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
- Copia sottoscritta di un documento di riconoscimento in corso di validità e Tessera Sanitaria di chi propone l'istanza;
- Copia sottoscritta di un documento di riconoscimento in corso di validità e Tessera Sanitaria del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;
- Copia del verbale attestante l'invalidità civile e/o la disabilità (omologa del tribunale civile o relazione medica rilasciata dal medico di base).
- Eventuale certificazione attestante lo stato di disabilità ai sensi della legge 104/92;
- Eventuale decreto di invalidità attestante un grado di invalidità di almeno il 74% ai sensi della legge 118/1971.

_____, li _____

FIRMA
