



Nome..... Cognome .....

Data di nascita \_\_\_\_\_ Nato/a a..... Prov. ....

Codice fiscale \_\_\_\_\_

N° Tessera Sanitaria.....

Residenza: Città ..... Via ..... C.A.P. ....

Domicilio (solo se diverso da residenza): Città ..... Via .....C.A.P. ....

Telefono utente \_\_\_\_\_

Email ..... @.....

#### Nazionalità

- Italiana
- Comunitaria .....
- Extracomunitaria .....
  
- Permesso di soggiorno: Data inizio permanenza|\_\_|\_\_|\_\_ scadenza .....
- Tipo \_\_\_\_\_
- Elenco
- Permesso di soggiorno U.E. per soggiornanti di lungo periodo.
- Protezione
- Irregolare

#### Stato civile

- Celibe/Nubile
- Coniugato/a
- Unioni civile
- Convivente
- Separato / Divorziato
- Vedovo/a

#### Indicare una o più delle condizioni sotto descritte

- Persona con Certificazione Legge 104, art. 3, comma 1;
- Persona con Certificazione Legge 104, art. 3, comma 3;
- Invalidità certificata pari o superiore al 45%

#### Altre condizioni che possono determinare priorità nell'ammissione

- Persone in condizione di disabilità motoria NON beneficiari di altre forme di tutela di natura pubblica;
- Neomaggiorenni e giovani adulti (età inferiore ai 35 anni) privi o di fragile sostegno familiare, non beneficiari di altri percorsi di inclusione sociale e lavorativa;
- Adulti privi o di fragile sostegno familiare non beneficiari di altri percorsi di inclusione sociale e lavorativa;
- Persona con un avviato percorso di deistituzionalizzazione;

- Persona già beneficiaria di percorsi di inclusione sociale come di Vita Indipendente, Dopo di Noi e Includis;
- Presenza CareGiver Familiare.

#### MEDICO DI RIFERIMENTO

Nominativo ..... Telefono \_\_\_\_\_

In possesso di Attestazione ISEE

- Si
- No

#### TITOLARITA' ABITAZIONE

- Di proprietà con mutuo/ senza mutuo \_\_\_\_\_
- In affitto da privato (importo mensile.....)
- Alloggio di Edilizia Pubblica (importo mensile .....
- Senza dimora
- In condizione di fragilità abitativa
- Altro (struttura di accoglienza sociale / struttura socio sanitaria / uso gratuito/ ospite) -

SERVIZI ATTIVI PER IL NUCLEO FAMILIARE
--

- Reddito Di Cittadinanza
- Consultorio familiare
- Servizio disabili (Aias o altri centri accreditati)
- Servizio sociale comunale
- Centro di salute mentale (CSM)
- Servizi dipendenze (SerD)
- Servizio di Neuro Psichiatria Infantile
- Servizio sociale penale adulti
- Servizio sociale penale minori
- Servizi per l'impiego
- Centri di Formazione Professionale
- Servizi di supporto scolastico – Specialistica (SAS)
- Servizi per le politiche abitative
- Beneficia di forme di sostegno erogate dal privato o dal volontariato con fondi propri
- Servizio assistenza domiciliare (SAD)
- Assistenza domiciliare integrata (ADI)
- Protesica
- Progetti vita indipendente, Includis, L.R.20/
- Altri \_\_\_\_\_
- Nessun Servizio Attivo
- Inserimento in Struttura residenziale
- Inserimento in Servizio Semiresidenziale

Beneficiari di:

- Provvidenze ai sensi della legge 162/98
- Indennità di accompagnamento
- Pensione di invalidità civile

## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

L'utente individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte del Distretto Socio-Sanitario RM 4.3 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

SI

NO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori

Data, .....

FIRMA

In Allegato:

- Documenti di identità del richiedente e beneficiario
- Verbale Certificazione Invalidità del beneficiario
- Copia del decreto di nomina tutore – amministratore di sostegno
- ISEE valido al momento della presentazione domanda