



Ufficio Servizi Sociali
tel. e fax 0331/981640

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

__ l __ sottoscritt _____

residente a _____ in via _____

tel. _____

RICHIEDE

le prestazioni del servizio di assistenza domiciliare in favore _____

sig./sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

tel. _____

Ai fini della quantificazione delle previste tariffe, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze penali e civili previste dalla legge nel caso di mendaci dichiarazioni

DICHIARA

A.

- che il nucleo familiare dell'assistito è composto da n. ____ persone;
- che l'attestazione ISEE in corso di validità del nucleo dell'assistito è pari a € _____

In conseguenza di quanto sopra, si impegna a corrispondere a codesto Comune la tariffa di € _____, come da tabella indicata in calce, per il pagamento di n. 1 intervento di assistenza domiciliare.

B.

- di impegnarsi a corrispondere a codesto Comune la tariffa di € 4,00 per il pagamento di n.1 intervento di assistenza domiciliare.

Caronno Varesino, _____

Firma

Tabella ISEE determinazione della partecipazione da parte dell'utenza al costo del servizio di assistenza domiciliare comunale (d.g.c. n.7 del 09/01/2006)

ISEE	Partecipazione alla spesa per n.1 intervento
Da zero a €6.500	€0,50
Da €6.500 a €8.000	€1,00
Da €8.000 a €9.500	€2,00
Da €9.500 a €11.00	€3,00
Oltre €11.00	€4,00