



COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA DI L'AQUILA"
Gestione Commissario liquidatore – D.P.G.R. n. 040 dell'19.06. 2017
Via Cavour 43/a 67021 BARISCIANO Tel. 0862/89735- 0862/89661 fax. 0862/89594
Posta certificata: montagnalaquila@pec.it
Email : serviziosociale@hotmail.it

Prot 016

Barisciano 14/01/2019

A tutti i Comuni facenti parte
dell'ECAD 5 "Montagne Aquilane"

OGGETTO: Servizio di assistenza: costo orario

Facendo seguito alla riunione dell'Assemblea dei Sindaci dell'ECAD 5 "Montagne Aquilane" tenutasi il giorno 19/12/2018, si comunicano le nuove quote di compartecipazione degli utenti al costo del Servizio di Assistenza Domiciliare.

Le nuove tariffe a carico degli utenti sono :

Scaglionamento quote di partecipazione	Quote di partecipazione richiedente
Reddito ISEE fino a € 6.000,00	€ 0,00 per ogni ora di prestazione
Reddito ISEE da € 6.001,00 a € 9.000,00	€ 1.00 per ogni ora di prestazione
Reddito ISEE da € 9.001,00 a €12.000,00	€ 1.50 per ogni ora di prestazione
Reddito ISEE da € 12.001,00 a € 15.000,00	€ 2.00 per ogni ora di prestazione
Reddito ISEE da € 15.001,00 a € 18.000,00	€ 2.50 per ogni ora di prestazione
Reddito ISEE da € 18.001,00 a € 21.000,00	€ 3.00 per ogni ora di prestazione
Reddito ISEE da € 21.001,00 a € 23.000,00	€ 3.50 per ogni ora di prestazione
Reddito ISEE da € 23.001,00 a € 26.000,00	€ 4.00 per ogni ora di prestazione
Reddito ISEE da € 26.001,00 a € 29.000,00	€ 4.50 per ogni ora di prestazione
Reddito ISEE da € 29.001,00 a € 32.000,00	€ 5.00 per ogni ora di prestazione
Reddito ISEE oltre 32.000,00 totale carico	€ 18.33 per ogni ora di prestazione

Le nuove tariffe decorrono dal 01/01/2019

Si ringrazia per la collaborazione.

f.to

Il Responsabile del Servizio
Dott.ssa Maura Viscogliosi





COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA DI L'AQUILA"

ECAD N. 5 "MONTAGNE AQUILANE"

Gestione Commissario liquidatore - D.P.G.R. n. 040 dell'19.06. 2017
Via Cavour 43/a 67021 BARISCIANO Tel. 0862/89735- 0862/89661 fax. 0862/89594
Posta certificata: montagnalaquila@pec.it

ALLA COMUNITÀ MONTANA
"MONTAGNA DI L'AQUILA" ECAD N 5
SERVIZIO SOCIALE
VIA CAVOUR 43/A
67021 BARISCIANO (AQ)

Il/La sottoscritto/a _____
(nome e cognome)

Nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____

residente in _____
(indirizzo e numero civico)

Comune di _____ CAP _____ prov. _____

tel. : _____ cell. _____ email: _____

- In qualità di Genitore esercente la potestà genitoriale;
- Familiare convivente;
- Amministratore di Sostegno;
- Tutore;

CHIEDE

- Attivazione del servizio di _____ per n. _____ ore settimanali
- Riattivazione del servizio di _____ per n. _____ ore settimanali
- Aumento ore del servizio di _____ per n. _____ ore settimanali (per un totale di n. _____ ore sett.)
- Sospensione del servizio di _____
- Altri servizi _____

- a favore di _____ nato a _____ il _____

codice fiscale _____ rapporto di parentela con il richiedente _____

Ed in particolare (porre una x davanti la voce che interessa)

- Igiene personale - Servizi inerenti spesa, approvvigionamento medicinali
- pulizie domestiche - pasti - servizio lavanderia - terapia psicologica
- altro (specificare).....



MODALITÀ DI EROGAZIONE

- _____
- _____

A tal fine, fa presente che versa nella necessità di avvalersi del servizio predetto per le seguenti condizioni sociali e ambientali:

- _____
- _____

Presentato domanda di invalidità **SI** **NO**

- Non accettata
- Invalidità del _____%
- Disabilità e accompagnamento
- Ancora in corso (presentata il _____)

A tal fine, consapevole che, in caso di mendaci dichiarazioni, il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai soli fini della prestazione richiesta

- Non frequenta alcun istituto scolastico;
- Frequenta il seguente istituto scolastico _____
- Non usufruisce di ulteriori servizi;
- Usufruisce dei seguenti ulteriori servizi forniti dal Comune, dalla ASL, dalla Scuola o da parte di altri enti pubblici (compilare la tabella sottostante):

Ente Erogatore	Servizio erogato (indicare se il servizio è di tipo educativo, riabilitativo, assistenziale, ecc.)	n. di ore settimanali

Allega alla presente:

- **Copia certificazione ISEE e riconoscimento d'invalidità e si impegna al pagamento di € _____ (diconsi euro)** per ogni ora di prestazione ricevuta in base al regolamento.

Si autorizza il trattamento dei predetti dati ai soli fini della presente richiesta (Regolamento UE 2016/679)

Luogo e data _____

Il Dichiarante



Numeri telefonici personale ECAD	
RESPONSABILE SERVIZIO	DOTT.SSA MAURA VISCOGLIOSI 3349738855
ZONA DI GESTIONE 9 AMITERNINA	DOTT.SSA LORETANA D'ASCANIO A. SOCIALE 3493585775 DOTT.SSA PIA CARNICELLI PSICOLOGA 3495445937
ZONA DI GESTIONE 11 MONTAGNA AQUILANA	DOTT.SSA MARIA CRISTINA IAGNEMMA A. SOCIALE 3478149487 DOTT.SSA MARIA GABRIELLA DIODATI A. SOCIALE 3478147084
ZONA DI GESTIONE 13 SIRENTINA	DOTT.SSA FRANCA SILVERI A. SOCIALE 3453236876 DOTT.SSA MONICA MEROLLI A. SOCIALE 3395892799 DOTT.SSA ANNA GRAZIA RUSCITTI PSICOLOGA 3476522324 DOTT. FEDERICO CIFANI SOCIOLOGO 3338720740
REFERENTE PER PROGETTI ECAD 5 ATTIVI SUL TERRITORIO	DOTT. FEDERICO CIFANI SOCIOLOGO 3338720740 PER " ABRUZZO INCLUDE" DOTT.SSA ANNA GRAZIA RUSCITTI PSICOLOGA 3476522324 PER " PIANI DI CONCILIAZIONE"

