

COMUNE DI _____

Per la trasmissione al Comune Capofila Ambito Territoriale Sociale -
Caulonia

Oggetto: Domanda di ammissione all'Avviso Pubblico per l'erogazione del Servizio di assistenza domiciliare in favore di soggetti non autosufficienti residenti o domiciliati nei comuni facenti parte dell'ATS di Caulonia - Annualità 2019-2020.

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ prov. di _____ il _____

residente nel Comune di _____ c.a.p. _____ prov. _____

Via _____, numero civico _____,

recapito telefonico _____ codice fiscale _____

domiciliato nel Comune di (solo se diverso dalla residenza) _____

c.a.p. _____ prov. _____ Via _____, numero civico _____

in qualità di:

☐ Richiedente del servizio;

☐ Beneficiario del servizio;

(da compilare solo se si è richiedenti)

per il beneficiario _____

nata/o a _____ prov. di _____ il _____

residente nel Comune di _____ c.a.p. _____ prov. _____

Via _____ numero civico _____

recapito telefonico _____ codice fiscale _____

CHIEDE

di essere ammessa/o a partecipare all'Avviso pubblico per l'accesso al servizio di Assistenza Domiciliare in favore di soggetti non autosufficienti, residenti o domiciliati nei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Caulonia.

In particolare chiede l'ammissione al seguente servizio di assistenza domiciliare (indicare con una crocetta una sola tipologia di servizio:

- ☐ Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili (SADD), rivolto a minori ed adulti con disabilità che non hanno compiuto i 65 anni;
- ☐ Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani (SADA), rivolto ad adulti over 65 parzialmente o completamente non autosufficienti;

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA CHE IL BENEFICIARIO PER IL QUALE SI RICHIEDE IL SERVIZIO POSSIEDE I SEGUENTI REQUISITI:

(selezionare le dichiarazioni corrispondenti alla propria situazione personale)

- ☐ Di possedere cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all'Unione Europea o, per cittadini extra UE, titolare di idoneo e valido permesso di soggiorno;
- ☐ Di avere residenza in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Caulonia;
- ☐ Di avere domicilio in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Caulonia;

Di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- ☐ Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92)
- ☐ Persona portatrice di disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92)
- ☐ Persona invalida al 100% con indennità di accompagnamento;
- ☐ Persona con invalidità tra il 74% e il 99%, che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza.
- ☐ Di Non essere ricoverato in una struttura residenziale pubblica o privata;
- ☐ Di Non essere attualmente beneficiario del Fondo per le non autosufficienze erogato dall'ASP;
- ☐ Di Non essere attualmente beneficiario di altri servizi previsti da progetti simili di assistenza e/o contributi economici erogati dall'ATS e/o Comuni.

Di trovarsi in una delle seguenti condizioni: *(barrare con una X nel riquadro a destra solo la casella corrispondente alla propria condizione personale)*

Macro area		
STATO DI DISABILITA'	Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L.104/92)	
	Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 1 L. 104/92)	
	Persona invalida al 100 %	
	Persona invalida con una percentuale tra il 74% e il 99%	
CONDIZIONI FAMILIARI	Persona che vive sola	
	Persona che vive con coniuge o altri familiari non autosufficienti,anziani e/o disabili (allegare certificazioni)	
	Persona che vive con coniuge o altri familiari autosufficienti	
	Sezione mobilità	Autonomo (senza ausili)

		Parzialmente autonomo	
CONDIZIONI SOCIALI		Non autonomo (con carrozzina attiva e/o deambulatore)	
	Sezione capacità relazionali	Disponibilità di una rete parentale ed amicale non convivente (amici, vicinato, volontariato, altro...)	
		Indisponibilità di una rete parentale ed amicale non convivente (nessuno)	
	Condizione abitativa	L'abitazione risulta vicino ai servizi primari	
		L'abitazione è isolata dai servizi primari	
CONDIZIONE ECONOMICA	ATTESTAZIONE ISEE pari o inferiore a € 9.360,00		
	ATTESTAZIONE ISEE tra € 9.361,00 e € 15.000,00		
	ATTESTAZIONE ISEE tra € 15.000,01 e € 25.000,00		

Specifica, inoltre, che il Medico di Medicina Generale del beneficiario è la/il Dott.ssa/Dott. _____
 _____ reperibile presso il seguente indirizzo
 _____ tel/cell. _____

Allega obbligatoriamente alla presente domanda:

- Copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità, (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
- Copia della Tessera Sanitaria del richiedente in corso di validità, (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
- Copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (ex carta di soggiorno) in corso di validità del beneficiario, qualora si tratti di persona extracomunitaria;
- Copia dell'eventuale provvedimento di nomina all'ufficio di Tutore/Amministratore di Sostegno
- Copia di una delle seguenti attestazioni:
 - ☐ Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92)
 - ☐ Persona portatrice di disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92)
 - ☐ Persona invalida al 100% con indennità di accompagnamento;
 - ☐ Persona con invalidità tra il 74% e il 99%, che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza.
- Copia attestazione ISEE (familiare/socio-sanitario/ristretto) del nucleo familiare del beneficiario in corso di validità;
- Altra documentazione sanitaria ritenuta utile ai fini della valutazione:

(descrivere): _____

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione Comunale di Caulonia, nel rispetto del Regolamento GDPR 976/2016 e D. Lgs. n.196/2003 e ss.mm.ii., al trattamento dei dati personali forniti con la presente

richiesta, finalizzato agli adempimenti connessi alla procedura di riferimento.

Luogo e data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 39 del d.p.r. n.445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione