

ALL. A

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano

Comune di Serra San Bruno

Serra San Bruno (VV)

Oggetto: Richiesta di fruizione del servizio di assistenza domiciliare a favore di persone non autosufficienti in condizioni di disabilità grave e gravissima – FNA Triennio 2016-2017-2018

Il Sottoscritto _____, nato a _____ prov. _____

Il _____, residente a _____

In Via _____ n. _____, tel. _____

oppure

Il Sottoscritto _____, nato a _____ prov. _____

Il _____, residente a _____

In Via _____ n. _____, tel. _____

In qualità di:

- amministratore di sostegno
 familiare di riferimento
 tutore/curatore

del Sig. _____, nato a _____ il _____ prov. _____, residente a _____

In via _____, n. _____ C.F. _____

RICHIEDE

di poter partecipare all'AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NEI COMUNI FACENTI PARTE DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI SERRA SAN BRUNO, DI CUI ALLA PROGRAMMAZIONE TRIENNIO 2016/17/18 FNA.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

- 1) Di essere residente in uno dei 19 Comuni di competenza dell'ATS - Comune capofila Serra San Bruno;
- 2) Di non essere beneficiario di altri servizi previsti da progetti similari di assistenza e/o contributi economici erogati dall'ATS, ASP, INPS e/o Comuni;

3) Di possedere l'indennità di accompagnamento (L. 508/88 art. 1, comma 2, lett. b) e/o Verbale L. 104/92 (art.3, comma 3);

4) Di essere in una di queste condizioni socio- familiari:

- a) Adulto disabile solo;
- b) Adulto disabile con familiare convivente o caregiver di riferimento;
- c) Minore disabile;

Barrare la lettera corrispondente.

5) Di possedere il seguente reddito Isee:

- a) Fino a € 6.000,00;
- b) Da € 6.000,01 a € 9.000,00;
- c) Da € 9.000,01 a € 12.000,00;
- d) Da € 12.000,01 a € 15.000,00;
- e) Da € 15.00,01 a € 20.000,00
- f) Superiore a € 20.000,00.

Barrare la lettera corrispondente.

6) Di preferire, per la propria assistenza, la seguente figura:

- a) Operatore Socio Sanitario (OSS).
- b) OSA/Assistente Personale.

Barrare la lettera corrispondente.

Si allega:

- 1) Certificazione aggiornata attestante lo stato di invalidità;
- 2) Isee in corso di validità;
- 3) Documento di identità del beneficiario e/o del richiedente il servizio per conto del beneficiario;
- 4) Verbale di accertamento dell'handicap ex lege n. 104/1992 art. 3, comma 3;
- 5) Certificazione di invalidità rilasciata da Asp competente attestante lo status di portatore di handicap in situazione di gravità di cui all'art. 3, comma 3 ex lege n. 104/1992 e s.m.i. o certificazione di invalidità al 100%;
- 6) Eventuale altra documentazione attestante il possesso di ulteriore requisiti.

Il/la sottoscritto/a _____ autorizza l'Ufficio di Piano al trattamento dei dati personali solo per fini istituzionali e necessari per l'espletamento del procedimento amministrativo relativo alla presente domanda, ai sensi del Regolamento generale per la protezione dei dati personali 2016/679.

Data e Luogo

Firma del dichiarante o del familiare di riferimento/tutore o curatore/amministratore di sostegno