

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 autosufficien	
	Sezionemobilità	Autonomo (senza ausili)

		Parzialmente autonomo	
CONDIZIONI SOCIALI		Non autonomo (con carrozzina attiva e/o deambulatore)	
	<i>Sezione capacità relazionali</i>	Disponibilità di una rete parentale ed amicale non convivente (amici, vicinato, volontariato, altro...)	
		Indisponibilità di una rete parentale ed amicale non convivente (nessuno)	
	<i>Condizione abitativa</i>	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