

MODULISTICA BENEFICIARI

**Individuazione beneficiari non autosufficienti
Servizi di assistenza personale non specialistica**

CUP F81H25000250001

***“Quota Servizi Fondo Povertà 2025 - ATS Caulonia
Obiettivo 2 Rafforzamento degli interventi di inclusione sociale”***

Individuazione beneficiari non autosufficienti Servizi di assistenza personale non specialistica

CUP F81H25000250001

**“Quota Servizi Fondo Povertà 2025 - ATS Caulonia
Obiettivo 2 Rafforzamento degli interventi di inclusione sociale”**

MODELLO D1 - DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO

Al Comune di Canolo

Oggetto: Domanda di accesso ai servizi di assistenza personale non specialistica - QSFP 2025 - CUP F81H25000250001

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, residente a _____, in via _____, codice fiscale _____, telefono _____, PEC/e-mail _____,
in qualità di: ☐ diretto interessato ☐ familiare ☐ caregiver ☐ amministratore di sostegno ☐ altro:

CHIEDE

l'ammissione ai servizi di assistenza personale non specialistica, assistenza domiciliare socioassistenziale e servizi di prossimità in favore di:

Nome e cognome beneficiario: _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Codice fiscale _____

Telefono _____

DICHIARA

- che il beneficiario è residente nel Comune di _____;
- che il beneficiario si trova in condizione di non autosufficienza, fragilità o ridotta autonomia personale;
- che il beneficiario/nucleo si trova in condizione di disagio economico-sociale;
- che il beneficiario/nucleo è beneficiario ADI: ☐ sì ☐ no;
- che il beneficiario/nucleo è in possesso di ISEE pari a euro _____;
- che il beneficiario è già conosciuto o preso in carico dal servizio sociale: ☐ sì ☐ no;
- che le informazioni rese sono veritiere.

Allega:

- documento di identità del richiedente;
- documento di identità del beneficiario, se diverso;
- attestazione ISEE;
- eventuale documentazione attestante invalidità, disabilità, non autosufficienza o fragilità;
- eventuale documentazione ADI;
- informativa privacy;
- eventuale delega o documentazione attestante la rappresentanza.

Luogo e data _____

Firma

Individuazione beneficiari non autosufficienti Servizi di assistenza personale non specialistica

CUP F81H25000250001

**“Quota Servizi Fondo Povertà 2025 - ATS Caulonia
Obiettivo 2 Rafforzamento degli interventi di inclusione sociale”**

Al Comune di Canolo

MODELLO D2 - SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

Voce	Contenuto
Comune	
Beneficiario	
Codice pratica	
Condizione personale e familiare	
Condizione di non autosufficienza o limitazione dell'autonomia	
Condizione economica - ISEE	
Beneficiario ADI sì/no	
Rete familiare e caregiver	
Bisogni rilevati	
Prestazioni attivabili	
ETS individuato	
Durata e frequenza dell'intervento	

Valutazione complessiva e proposta	
---	--

Data _____

Assistente sociale/Responsabile istruttoria

Individuazione beneficiari non autosufficienti Servizi di assistenza personale non specialistica

CUP F81H25000250001

***“Quota Servizi Fondo Povertà 2025 - ATS Caulonia
Obiettivo 2 Rafforzamento degli interventi di inclusione sociale”***

Al Comune di Canolo

MODELLO D3 - PATTO/SCHEDA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

Comune di _____

Beneficiario _____

ETS incaricato _____

CUP _____

Il servizio attivato consiste in:

- assistenza personale non specialistica;
- accompagnamento sociale;
- supporto relazionale;
- servizi di prossimità;
- altro: _____.

Durata: dal _____ al _____

Frequenza: _____

Monte ore previsto: _____

Referente comunale: _____

Referente ETS: _____

Il beneficiario dichiara di accettare il servizio e di essere informato che lo stesso è gratuito e finanziato con risorse QSFP 2025.

**Firma
beneficiario/familiare/caregiver**

Firma referente Comune

Firma referente ETS

Individuazione beneficiari non autosufficienti Servizi di assistenza personale non specialistica

CUP F81H25000250001

***“Quota Servizi Fondo Povertà 2025 - ATS Caulonia
Obiettivo 2 Rafforzamento degli interventi di inclusione sociale”***

Al Comune di Canolo

MODELLO D4 - ATTESTAZIONE SERVIZIO RESO

Beneficiario: _____

ETS: _____

Periodo di riferimento: dal _____ al _____

Data	Prestazione	Ora inizio/fine	Operatore/volontario	Firma/attestazione

Il presente modello deve riportare il CUP F81H25000250001 ed essere trasmesso al Comune ai fini della rendicontazione.