DOMANDA AVVISO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE AD ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Al Comune di

_____

Il/la sottoscritto/a_____,nato/a a_____ il_____,residente a_____(CZ), via_____ _____n._____CAP_____, in qualità di:

☐ Richiedente quale beneficiario diretto oppure

☐ _____(specificare titolo in base al quale si chiede la prestazione in nome e per conto di altro soggetto)

CHIEDE

☐ di usufruire direttamente del seguente servizio: oppure

☐ che il/la Sig./Sig.ra_____, nato/a a_____ il_____, residente a_____ _____(CZ), via_____n.___CAP_____ possa usufruire del seguente servizio:

ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE (SAD)

a tal fine

DICHIARA

☐ di essere in possesso dei seguenti requisiti (barrare la casella corrispondente): oppure

☐ che il soggetto per il quale si richiede la prestazione è in possesso dei seguenti requisiti (barrare la casella corrispondente):

- cittadinanza italiana, (cittadinanza di altro Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di carta o di permesso di soggiorno);
- residenza nel Comune di_____, appartenente al Distretto socio-sanitario di Soverato ;
- Situazione Abitativa;
  - ☐ se in fitto
  - ☐ se proprietario

- condizione caratterizzata da solitudine ed isolamento per assenza o carenza familiare;
- stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza:
  *(specificare se allettato)*_____;
- stati particolari di bisogno e di necessita: *(specificare)*_____;
- nucleo familiare composto come indicato nella seguente tabella:

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Attività (Eventuale)	Incapacità di prestare assistenza al congiunto per motivi di salute (specificare)

Situazione familiare I:

- ☐ Anziano/a residente solo/a;
- ☐ Coppia anziana senza altri conviventi;
- ☐ Anziano/a con 1 familiare convivente;
- ☐ Anziano/a con 2 familiari conviventi;
- ☐ Anziano/a con 3 o più familiari conviventi;

Situazione familiare II:

- ☐ Anziano senza figli;
- ☐ Anziano con 1 figlio NON convivente;
- ☐ Anziani con 2 figli NON conviventi;
- ☐ Anziani con più di 2 figli NON conviventi.

Invalidità:

- ☐ Invalidità al 100%;
- ☐ Invalidità dal 75% al 99%;
- ☐ Invalidità dal 50% al 74%;
- ☐ Invalidità al 100% con accompagnamento;

Situazione reddituale (per le prestazioni socioassistenziali e in SAD):

- ☐ Valore Isee:_____;

Si allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia dell'anziano, sia dell'eventuale familiare richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- Certificato del medico curante;
- Scheda sanitaria rilasciata dal medico curante;
- Scheda sociale, compilata a cura del richiedente;
- Eventuale copia del verbale della Commissione Invalidi Civili;
- Eventuale copia accertamento stato di handicap;
- Attestato ISEE completo della dichiarazione sostitutiva unica riportante la situazione economica dell'intero nucleo familiare;

- Altro (specificare)_____.

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

- ☐ di aver preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei servizi di cura domiciliare per anziani non autosufficienti;
- ☐ di sottoscrivere, previa sua condivisione, il progetto assistenziale individuale (PAI) predisposto a seguito di valutazione;
- ☐ di corrispondere puntualmente, ove dovute, le quote mensili di compartecipazione al costo del servizio, come previsto dal regolamento di ambito per l'accesso alle prestazioni, mediante versamento nelle modalità previste, pena la sospensione del servizio;
- ☐ di impegnarsi a comunicare al comune di residenza – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne venga a conoscenza ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarante all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficio;
- ☐ di essere a conoscenza che ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;
- ☐ di essere a conoscenza che la documentazione di coloro che beneficeranno del servizio verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni sottoscritte, è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria;

Dichiara, altresì:
di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

sotto la propria personale responsabilità ed ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole che ai sensi dell'articolo 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Soverato , lì_____ Firma_____

Spazio riservato per la valutazione della domanda

1. **Disabilità** **punti** _____
2. **Situazione familiare** **punti** _____
3. **Situazione alloggiativa** **punti** _____
4. **Situazione reddituale** **punti** _____

TOTALE PUNTI _____

Eventuali note

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Soverato, lì _____

FIRMA DEL RESPONSABILE

_____