

Al Comune di \_\_\_\_\_

**FONDO REGIONALE NON AUTOSUFFICIENZA**  
**“Progetti integrati per lo sviluppo di servizi a favore delle persone non autosufficienti”**  
**di cui alle DDGR 311-506/2013**  
**SERVIZI A MEZZO VOUCHER**

Il Sig. /a ..... COGNOME ..... NOME ..... (di seguito indicato RICHIEDENTE)

nato/a a ..... (Prov. ....) il .....

codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 residente in:

Via..... Città..... Cap.....

Provincia ..... tel.....

Sesso  F  M

*In caso di rappresentante (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (R) DPR 445/2000):*

il Sig./ a ..... COGNOME ..... NOME .....

codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 residente in:

Via..... Città..... Cap.....

Provincia ..... tel.....

in qualità di

- rappresentante del richiedente (*genitore, tutore, procuratore, ecc. ....* )
  - persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela .....)
- per conto del RICHIEDENTE

#### CHIEDE

l'accertamento di non autosufficienza e di poter usufruire della seguente forma di assistenza, prescelta fra quelle previste, di cui all' Avviso "Progetti integrati per lo sviluppo di servizi a favore delle persone non autosufficienti"

per il seguente servizio (barrare una sola voce):

- ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) DIVERSAMENTE ABILI UNDER 65
- ASSISTENZA DOMICILIARE SEMPLICE (SAD) DIVERSAMENTE ABILI UNDER 65

consapevole che l'assistenza verrà erogata tramite soggetto accreditato, presente nell'apposito Albo del Distretto Socio-sanitario n. 1, utilizzando lo strumento dei voucher;

**A TAL FINE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SS.MM.**

#### DICHIARA CHE

##### ***IL RICHIEDENTE/BENEFICIARIO PER CUI SI CHIEDE LA PRESTAZIONE:***

- è cittadino italiano o U.E.,  
*oppure*
- è cittadino extracomunitario titolare di permesso di soggiorno di lungo periodo CE;
- è in condizione di non autosufficienza, per come riportato nella documentazione allegata;  
*oppure*
- è invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;  
*oppure*
- è portatore di handicap grave con riconoscimento di invalidità al 100 % e di indennità di accompagnamento;
- il suo nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ persone, di cui n. \_\_\_\_\_ persone che versano in condizioni di non autosufficienza certificata, n. \_\_\_\_\_ persone che si trovano in stato di inoccupazione o disoccupazione da almeno 12 mesi;

- la sua situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore ISEE (indicatore della situazione economica equivalente di cui ai D.Lgs 109/1998 e 130/2000) pari a euro \_\_\_\_\_, come da allegata certificazione;

di non usufruire di servizi di assistenza residenziale;

di non essere inserito in Centri Diurni a totale carico del Servizio Pubblico.

**Allega alla presente :**

- scheda SVAMA SANITARIA, compilata dal medico curante (per servizio ADI);
- scheda SVAMA SOCIALE, compilata a cura del richiedente con il supporto degli assistenti sociali del PUA attivo presso le sedi di Polistena e Laureana di Borrello (per servizio SAD);
- eventuale copia verbale di accertamento di invalidità civile con eventuale indennità di accompagnamento;
- eventuale certificazione di handicap di cui alla legge 104/92 art. 3, comma 3 e copia del verbale di accertamento di invalidità civile con indennità di accompagnamento;
- certificazione ISEE sulla situazione reddituale e patrimoniale (con relativa dichiarazione sostitutiva), in corso di validità (solo in caso di richiesta SAD);
- copia del permesso di soggiorno per soggiornanti di lungo periodo CE, nel caso di cittadino extracomunitario.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm., che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica per la non autosufficienza.

Il Distretto, tramite i Comuni, effettuerà la verifica anche a campione, delle dichiarazioni dei richiedenti avvalendosi delle informazioni in proprio possesso, nonché di quelle di altri enti della Pubblica Amministrazione, oltre all'eventuale ausilio della Guardia di Finanza per i controlli sostanziali e reddituali dei dati dichiarati.

***IL DICHIARANTE***

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

Allegare fotocopia del documento di identità non scaduto