

“COMUNE - CAPOfILA AMBITO TERRITORIALE N. 1”

COMUNI DI: ANOIA – CANDIDONI - CINqUEfRONDI - fEROLETO DELLA ChIESA – gALATRO - gIffONE - LAUREANA DI BORRELLO - MAROPATI - MELICUCCO - P O L I S T E N A - SAN gIORgIO MORgETO – SAN PIETRO DI CARIDA’ – SERRATA

**DOMANDA**

**PER L’EROGAZIONE DI SERVIZI DI CURE DOMICILIARI RIVOLTE AI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Al Comune di

 **POLISTENA**

Il/la sottoscritto/a , nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a (RC), 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 (RC), via n. CAP servizio:

**ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE INTEGRATA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE (ADI)**

**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 (RC), appartenente all’Ambito Territoriale n1 Comune Capofila Polistena;

- età superiore ai 65 anni;

- 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 necessità: *(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)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Età:**

Anni da 65 a 75;

Anni da 76 ad 80;

Anni da 81 a 85;

Anni oltre 86.

**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 conviventi;Anziano con 1 figlio NON convivente; Anziani con 2 figli NON conviventi; Anziani con più di 2 figli NON conviventi.

**Situazione reddituale (per le prestazioni socio-assistenziali 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;

 SVAMA SANITARIA rilasciata dal medico curante;

 SVAMA SOCIALE, compilata a cura del richiedente presso il servizio PUA del Comune capofila;

 Attestato ISEE completo della Dichiarazione Sostitutiva Unica (**con quadro FC7**), (**per le sole prestazioni socio-assistenziali in SAD**);

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

di avere preso visione dell’Avviso per l’erogazione dei servizi di assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti;

di impegnarsi a comunicare al Comune capofila – entro 15 giorni dalla data in cui ne venga a conoscenza – 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 e del Regolamento Europeo n. 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

consapevole che ai sensi dell’articolo 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le sotto la propria personale responsabilità ed ai sensi dell’articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, 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.

Di essere a conoscenza dell’avviso pubblico, oggetto della presente domanda, e di accettarne tutte le condizioni.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_