Mod. Domanda FNA 2015 under 65

Al Comune di

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

**FONDO REGIONALE NON AUTOSUFFICIENZA**

 SERVIZI DI CURA DOMICILIARE IN FAVORE DI SOGGETTI UNDER 65 ANNI NON AUTOSUFFICIENTI DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 1 DI POLISTENA

**di cui alla DGR n. 638/2018**

***SERVIZI A MEZZO VOUCHER***

 Cognome Nome

Il Sig. /a .............................................. ................................................ (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):*

 Cognome Nome

il Sig./ a .................................................. ............................................................

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 “ servizi di cura domiciliare in favore di soggetti under 65 anni non autosufficienti del distretto socio-sanitario n. 1 di Polistena

**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;**

**di non usufruire alla data di presentazione della presente domanda di servizio analogo ai sensi di precedenti bandi.**

**Allega alla presente** :

* scheda SVAMA SANITARIA, compilata dal medico curante (per **servizio ADI**);
* scheda SVAMA SOCIALE, compilata a cura del richiedente con l’ausilio dell’assistente sociale dello sportello di supporto e coordinamento presso il Comune di Polistena (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 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 del beneficiario e del richiedente*