

AL COMUNE DI _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Provincia ___ il ___/___/_____

Residente a _____ Provincia ___

In Via _____ n° _____

Tel. ___/___/_____ Cell. ___/___/_____

Codice Fiscale _____

(Compilare qualora la richiesta pervenga da familiari ovvero persone diverse da quella per la quale si richiede l'attivazione del servizio)

In qualità di _____

del/della Signor/Signora _____

Nato/a a _____ Provincia ___ il ___/___/_____

Residente a _____ Provincia ___

In Via _____ n° _____

Tel. ___/___/_____ Cell. ___/___/_____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

Che _____ possa usufruire del seguente servizio di cura domiciliare per anziani non autosufficienti

(barrare esclusivamente la casella che interessa):

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

ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE **(SAD)**.

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000, l'Amministrazione Comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione rese, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR n. 445/2000,

DICHIARA

(Barrare le caselle che interessano)

Di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- Di essere cittadino italiano;
- Di essere cittadino di uno Stato aderente all'Unione Europea in possesso di attestazione di regolarità di soggiorno;
- Di essere cittadino di altro Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di carta o di permesso di soggiorno.
- Di essere residente nel Comune di _____, appartenente al Distretto Socio-Sanitario Valle Crati – Ambito Territoriale di Rende.
- Che la persona per la quale si richiede l'attivazione del servizio:
 - Ha un'età superiore ai 65 anni.
 - Versa in una condizione caratterizzata da solitudine ed isolamento per assenza o carenza familiare;
 - Presenta uno stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza: (specificare se allettato) _____;
 - Evidenzia stati particolari di bisogno e di necessità: (specificare) _____;
 - Ha un 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

- Ha n° _____ figli non conviventi;
- È proprietario della propria abitazione, ovvero in fitto (specificare) _____.
- Presenta un reddito complessivo pari a: _____.
- Reddito ISEE relativo all'anno 2015 _____.
- Redditi esenti dal pagamento dell'IRPEF _____.
- Importi corrisposti da persone tenute all'obbligo di assistenza _____.
- Sussidi erogati dallo Stato o da altri Enti pubblici _____.
- Sussidi erogati da organismi privati _____.
- Altri redditi _____.

Allega alla presente:

- 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.
- Attestato ISEE relativo ai redditi anno 2015 completo della dichiarazione sostitutiva unica riportante la situazione economica dell'intero nucleo familiare.
- Scheda sanitaria rilasciata dal medico curante attestante lo stato di non autosufficienza dell'anziano.
- Eventuale copia del verbale della Commissione Invalidi Civili.
- Eventuale copia accertamento stato di handicap.

- Altro _____.

__I_ sottoscritt___, infine, dichiara quanto segue:

Di avere preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei servizi di cura domiciliare per anziani non autosufficienti – Il Riparto.

Di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuto 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 da me sottoscritte è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

Di autorizzare il trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente.

Rende, lì _____

Firma _____

Spazio riservato per la valutazione della domanda	
Elementi di valutazione	Punteggio
1. Situazione familiare	
2. Età	
3. Situazione abitativa	
4. Situazione reddituale	
5. Situazione Sanitaria	
TOTALE PUNTI	

Eventuali note