

Al Comune Capofila Ambito Territoriale Sociale - POLISTENA

Oggetto: Domanda di ammissione all'Avviso Pubblico per l'erogazione del Servizio di assistenza domiciliare in favore di soggetti non autosufficienti residenti nei comuni facenti parte dell'ATS di Polistena- Annualità 2019-2020.

La/Il sottoscritta/o _____
 nata/o a _____ prov. di _____ il _____
 residente nel Comune di _____ c.a.p. _____ prov. _____
 Via _____ , numero civico _____,
 recapito telefonico _____ codice fiscale _____
 domiciliato nel Comune di _____ (solo se diverso dalla residenza)
 c.a.p. _____ prov. _____ Via _____ , numero civico _____,
 in qualità di:

☐ Richiedente del servizio;

☐ Beneficiario del servizio;

(da compilare solo se si è richiedenti)

per il beneficiario _____
 nata/o a _____ prov. di _____ il _____
 residente nel Comune di _____ c.a.p. _____ prov. _____ Via _____
 numero civico _____ recapito telefonico _____ codice fiscale _____

CHIEDE

di essere ammessa/o a partecipare all'Avviso pubblico per l'accesso al servizio di Assistenza Domiciliare in favore di soggetti non autosufficienti, residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Polistena.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 dal medesimo D.P.R. n. 445/2000 per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

DICHIARA CHE IL BENEFICIARIO PER IL QUALE SI RICHIEDE IL SERVIZIO POSSIEDE I SEGUENTI REQUISITI:

(selezionare le dichiarazioni corrispondenti alla propria situazione personale)

- ☐ Di possedere cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all'Unione Europea o, per cittadini extra UE, titolare di idoneo e valido permesso di soggiorno;
- ☐ Di avere residenza in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Polistena;
- ☐ Di avere domicilio in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Polistena;

Di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- ☐ Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92) Persona portatrice di
- ☐ disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92)
- ☐ Persona invalida al 100% con indennità di accompagnamento;
- ☐ Persona con invalidità tra il 74% e il 99%, che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza.
- ☐ Di **Non** essere ricoverato in una struttura residenziale pubblica o privata;
- ☐ Di **Non** essere attualmente beneficiario del Fondo per le non autosufficienze erogato dall'ASP;
- ☐ Di **Non** essere attualmente beneficiario di altri servizi previsti da progetti simili di assistenza e/o contributi economici erogati dall'ATS e/o Comuni.

Di trovarsi in una delle seguenti condizioni: *(barrare con una X nel riquadro a destra solo la casella corrispondente alla propria condizione personale)*

Macro area			
STATO DI DISABILITA'	Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L.104/92)		
	Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 1 L. 104/92)		
	Persona invalida al 100 %		
	Persona invalida con una percentuale tra il 74% e il 99%		
CONDIZIONI FAMILIARI	Persona che vive sola		
	Persona che vive con coniuge o altri familiari non autosufficienti, anziani e/o disabili (allegare certificazioni)		
	Persona che vive con coniuge o altri familiari autosufficienti		
CONDIZIONI SOCIALI	Sezione mobilità	Autonomo (senza ausili)	
		Parzialmente autonomo	
		Non autonomo (con carrozzina attiva e/o deambulatore)	
	Sezione capacità relazionali	Disponibilità di una rete parentale ed amicale non convivente (amici, vicinato, volontariato, altro...)	
		Indisponibilità di una rete parentale ed amicale non convivente (nessuno)	
	Condizione abitativa	L'abitazione risulta vicino ai servizi primari	
L'abitazione è isolata dai servizi primari			
CONDIZIONE ECONOMICA	ATTESTAZIONE ISEE pari o inferiore a € 9.360,00		
	ATTESTAZIONE ISEE tra € 9.361,00 e € 15.000,00		
	ATTESTAZIONE ISEE tra € 15.000,01 e € 25.000,00		

Allega obbligatoriamente alla presente domanda:

- Copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità, (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
 - Copia della Tessera Sanitaria del richiedente in corso di validità, (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
 - Copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (ex carta di soggiorno) in corso di validità del beneficiario, qualora si tratti di persona extracomunitaria;
 - Copia dell'eventuale provvedimento di nomina all'ufficio di Tutore/Amministratore di Sostegno
 - Copia di una delle seguenti attestazioni:
 - ☐ Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92)
 - ☐ Persona portatrice di disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92)
 - ☐ Persona invalida al 100% con indennità di accompagnamento;
 - ☐ Persona con invalidità tra il 74% e il 99%, che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza.
 - Copia attestazione ISEE (familiare/socio-sanitario/ristretto) del nucleo familiare del beneficiario in corso di validità;
 - Altra documentazione sanitaria ritenuta utile ai fini della valutazione:
 - *(descrivere):*
-

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione Comunale di Polistena, nel rispetto del Regolamento GDPR 976/2016 e D. Lgs. n.196/2003 e ss.mm.ii., al trattamento dei dati personali forniti con la presente richiesta, finalizzato agli adempimenti connessi alla procedura di riferimento.

Luogo e data, _____

Firma

(Ai sensi dell'art. 39 del d.p.r. n.445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione)