

AMBITO SOCIALE di CASTROVILLARI



Al Sig. Sindaco

Comune di _____

OGGETTO: Istanza per Avviso pubblico assistenza domiciliare integrata per erogazione servizi di cura alle persone anziane non autosufficienti ultrasessantacinquenni.

Il/La sottoscritto/a

a nato/a

Il

residente a

in via

n.

Codice Fiscale

telefono cell.

in qualità di (N.B.) da compilare solo in caso di chi rappresenta l'assistito:

nato/a

Il

residente a

in via

n.

Codice Fiscale

telefono cell

chiede l'ammissione al servizio di assistenza:

Assistenza Domiciliare integrata (ADI)

()

Assistenza Domiciliare (NON ADI)

()

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA:

che è residente nel Comune di:
Castruvilli

facente parte dell'Ambito Sociale di

di non aver presentato domanda o godere dei servizi previsti da altri fondi sanitari o sociali ()
che per l'anno 2020 il reddito del nucleo familiare (ISEE) è di €

che il nucleo familiare è composto dalle seguenti unità:

Cognome e nome	Luogo e nascita	Grado di parentela	Codice fiscale

che la condizione familiare del beneficiario è la seguente (barrare la voce che interessa):

- convive con familiari in grado di assisterlo ()
con figli residenti nel Comune ()
con figli non residenti nel Comune ()
vive da solo, privo di supporto familiare ()
convive con familiari portatori di handicap senza ulteriore supporto ()

che presenta il seguente stato di salute/invalidità

- Portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 Legge 104/92) ()
Portatore di handicap (art. 3, co. 1 Legge 104/92) ()
Invalido al 100% in attesa di riconoscimento Legge 104/92 ()
Stato malattia attestato dalla scheda di accesso ai servizi ()

ALLEGA alla presente:

Attestazione ISEE del nucleo familiare dell'utente in corso di validità, ovvero se non in possesso il/la beneficiario/a presenterà propria autodichiarazione resa ai sensi del DPR n. 445/2000 artt. 46 e 47 nella quale dichiari il livello di reddito, sempre riferito all'anno 2020, ciò al fine dell'assegnazione del punteggio (condizione reddituale) e al livello di partecipazione alle spese per l'assistenza che potrà beneficiare. Entro 30 giorni dal rilascio di detta dichiarazione la persona beneficiario/a dell'intervento o chi per essa, dovrà presentare la documentazione ISEE ()

Copia documento di riconoscimento in corso di validità dell'interessato e/o del richiedente	()
Scheda di richiesta di accesso ai servizi socio-sanitari territoriali	()
<input checked="" type="checkbox"/> Copia di verbali attestante l'invalidità civile e/o la disabilità	()
Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti, di seguito indicata:	
<hr/> <hr/> <hr/>	

AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del Regolamento EU nr. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. e D.to Lgs n. 101/2018

(Luogo e data)	(Firma leggibile)
Tel _____	

Spazio riservato al Servizio per la valutazione della domanda

PUNTEGGIO REQUISITI:		
	Requisiti	Punti
	1. Situazione reddituale	
	2. Stato di invalidità	
	3. Situazione familiare	
	4. Età	
	5. Valutazione condizioni socio-ambientali	
	Totale	

Castrovilliari li ____/____/____/

Firma dell'Operatore

Visto del Responsabile del Procedimento
