

MODULO ALLEGATO "A"

COMUNE DI _____

Per la trasmissione al Comune Capofila Ambito Territoriale Sociale - Caulonia

Oggetto: Domanda di ammissione all'Avviso Pubblico per l'accesso al servizio di Assistenza Domiciliare socio – assistenziale e sanitaria SAD e ADI in favore di soggetti ultrasessantacinquenni parzialmente o completamente non autosufficienti residenti nei comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Caulonia.

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

socio – assistenziale e sanitaria in favore di soggetti ultrasessantacinquenni parzialmente o completamente non autosufficienti, residenti nei comuni dell’Ambito Territoriale Sociale di Caulonia.

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

1. Di avere cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all’Unione Europea o, per cittadini extra UE, titolare di idoneo e valido permesso di soggiorno;
2. Di richiedere il seguente servizio: *(barrare con una X solo la casella corrispondente)*
 - SAD - Assistenza Domiciliare per anziani ultrasessantacinquenni parzialmente autosufficienti, che non necessitano di prestazioni sanitarie domiciliari;
 - ADI - Assistenza Domiciliare Integrata per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti gravi, che necessitano di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie domiciliari;
3. Che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone, così come di seguito indicato:

N.	Cognome e Nome	Luogo e data di Nascita	Parentela	Codice fiscale

4. Di trovarsi in **una** delle seguenti condizioni: *(barrare con una X solo la casella corrispondente)*

- Reddito del nucleo familiare (I.S.E.E.)

Da € 0,00 a € 3.000:	<input type="checkbox"/>
Da € 3.001 a € 6.000	<input type="checkbox"/>
Da € 6.001 a € 9.000	<input type="checkbox"/>
Da € 9.001 a € 12.000	<input type="checkbox"/>

Da € 12.001 a € 15.000	<input type="checkbox"/>
Da € 15.001 a € 20.000	<input type="checkbox"/>
Oltre € 20.001	<input type="checkbox"/>

• **Condizioni familiari (Stato di famiglia)**

Persona che vive sola senza coniuge e/o figli o altri familiari	<input type="checkbox"/>
Persona che vive con coniuge e/o figli e/o altri familiari non autosufficienti	<input type="checkbox"/>
Persona che vive sola con figli residenti fuori dai Comuni dell'Ambito	<input type="checkbox"/>
Persona che vive con coniuge autosufficiente e con figli fuori dai comuni dell'Ambito	<input type="checkbox"/>
Persona che vive sola con figli residenti nei Comuni dell'Ambito	<input type="checkbox"/>
Persona che vive con coniuge e con figli residenti nei Comuni dell'Ambito	<input type="checkbox"/>

• **Età**

Anziano di età superiore agli 80 anni	<input type="checkbox"/>
Anziano di età compresa tra i 76 e i 79 anni	<input type="checkbox"/>
Anziano di età compresa tra i 65 anni e i 75 anni	<input type="checkbox"/>

• **Presenza/assenza di Progetto Personalizzato attivo a valere su altri Fondi**

Anziano beneficiario di Progetto Personalizzato attivo a valere su altri Fondi (FNA – Fondo non autosufficienza sociale o sanitario/ HCP – Home Care Premium)	<input type="checkbox"/>
In caso di richiedenti che usufruiscono di altri servizi di assistenza domiciliare, indicare quali: _____	
Anziano non beneficiario di alcun Progetto Personalizzato attivo	<input type="checkbox"/>

3. Di essere in uno stato di non autosufficienza o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza;
4. Di non essere ricoverato in un istituto pubblico o privato convenzionato;
5. Di impegnarsi a pagare la quota di compartecipazione, se dovuta, in relazione alla situazione scaturente dalla certificazione I.S.E.E. in corso di validità annuale presentata dal beneficiario, di cui all'art. 9 del presente Avviso Pubblico.

Specifica, inoltre, che il medico di medicina generale del beneficiario è la/il Dott.ssa/Dott.

reperibile presso il seguente indirizzo: _____

n. tel/cell. _____

Allega alla presente domanda:

- Copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario del servizio (entrambi, nel caso in cui i due soggetti non coincidano);
- Copia del Codice Fiscale del richiedente e del beneficiario del servizio (entrambi, nel caso in cui i due soggetti non coincidano);
- Certificato di Stato di famiglia;
- Copia dell'eventuale provvedimento di nomina all'ufficio di tutore/amministratore di sostegno;
- Copia dell'Attestazione della condizione di invalidità con percentuale pari o superiore al 75% che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza con allegata certificazione specialistica indicativa della limitazione funzionale rilasciata dal Servizio Sanitario Pubblico.

Solo per le patologie acute, per le quali non è possibile esibire la documentazione di cui sopra:
Certificazione del Medico curante che attesti la condizione di non autosufficienza, con indicazione della limitazione funzionale;

La condizione del richiedente sarà comunque valutata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale ai fini dell'elaborazione del Progetto Personalizzato;

- Scheda "S.Va.Ma. Sanitaria" completa di "Scheda di proposta di accesso ai servizi territoriali" (compilate a cura del medico curante del beneficiario);
- Altra documentazione sanitaria ritenuta utile ai fini della valutazione:

(descrivere): _____

Autorizza l'Amministrazione comunale di Caulonia, 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