

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 4 – Comune Capofila Trebisacce
(Comuni di: Albidona, Alessandria del Carretto, Amendolara, Canna, Cassano Allo Ionio,
Castroregio, Cerchiara di Calabria, Francavilla Marittima, Montegiordano, Nocera, Oriolo, Plataci,
Rocca Imperiale, Roseto Capo Spulico, San Lorenzo Bellizzi, Villapiana.)

**DOMANDA AVVISO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA
DOMICILIARE AD ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

Al Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____ (CS),
via _____ n. _____ CAP _____, in qualità di:

- Richiedente quale beneficiario diretto
oppure
 _____ (specificare titolo in base al quale si chiede la
prestazione in nome e per conto di altro soggetto)

CHIEDE

- di usufruire direttamente del seguente servizio:
oppure
 che il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____ (CS),
via _____ n. _____ CAP _____ possa usufruire del seguente
servizio:

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

ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE (SAD).

a tal fine

DICHIARA

- di essere in possesso dei seguenti requisiti (barrare la casella corrispondente):
oppure
 che il soggetto per il quale si richiede la prestazione è in possesso dei seguenti requisiti (barrare la casella corrispondente):

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 4 – Comune Capofila Trebisacce

(Comuni di: Albidona, Alessandria del Carretto, Amendolara, Canna, Cassano Allo Ionio, Castroregio, Cerchiara di Calabria, Francavilla Marittima, Montegiordano, Nocera, Oriolo, Plataci, Rocca Imperiale, Roseto Capo Spulico, San Lorenzo Bellizzi, Villapiana.)

- cittadinanza italiana, (cittadinanza di altro Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di carta o di permesso di soggiorno);
- residenza nel Comune di _____, appartenente al Distretto socio-sanitario di Trebisacce;
- età superiore ai 65 anni;
- condizione caratterizzata da solitudine ed isolamento per assenza o carenza familiare;
- stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza: *(specificare se allettato)* _____;
- stati particolari di bisogno e di necessità: *(specificare)* _____;
- 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 (specificare)

Età:

- Anni da 65 a 75;
- Anni da 76 ad 80;
- Anni da 81 a 85;
- Anni oltre 86.

Situazione familiare I:

- Anziano/a residente solo/a;
- Coppia anziana senza altri conviventi;
- Anziano/a con 1 familiare convivente;
- Anziano/a con 2 familiari conviventi;
- Anziano/a con 3 o più familiari conviventi;

Situazione familiare II:

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 4 – Comune Capofila Trebisacce

(Comuni di: Albidona, Alessandria del Carretto, Amendolara, Canna, Cassano Allo Ionio, Castroregio, Cerchiara di Calabria, Francavilla Marittima, Montegiordano, Nocera, Oriolo, Plataci, Rocca Imperiale, Roseto Capo Spulico, San Lorenzo Bellizzi, Villapiana.)

- Anziano senza figli;
- Anziano con 1 figlio NON convivente;
- Anziani con 2 figli NON conviventi;
- Anziani con più di 2 figli NON conviventi.

Invalidità:

- Invalidità al 100%;
- Invalidità dal 75% al 99%;
- Invalidità dal 50% al 74%;
- Beneficiario/a legge 104/92;
- Invalidità al 100% con accompagnamento;

Situazione reddituale:

Valore Isee: _____;

Si allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- 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;
- Certificato del medico curante;
- Scheda sanitaria rilasciata dal medico curante; **(per le prestazioni socioassistenziali in ADI)**
- Eventuale copia del verbale della Commissione Invalidi Civili;
- Eventuale copia accertamento stato di handicap;
- Attestato ISEE completo della dichiarazione sostitutiva unica riportante la situazione economica dell'intero nucleo familiare;
- Altro (specificare) _____.

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

- di avere preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei servizi di cura domiciliare per anziani non autosufficienti;
- di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne venga 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 sottoscritte, è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria;

Dichiara, altresì:

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 4 – Comune Capofila Trebisacce

(Comuni di: Albidona, Alessandria del Carretto, Amendolara, Canna, Cassano Allo Ionio, Castroregio, Cerchiara di Calabria, Francavilla Marittima, Montegiordano, Nocera, Oriolo, Plataci, Rocca Imperiale, Roseto Capo Spulico, San Lorenzo Bellizzi, Villapiana.)

sotto la propria personale responsabilità ed ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole che ai sensi dell'articolo 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Trebisacce, li _____

Firma _____

Spazio riservato per la valutazione della domanda

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| 1. Et  | punti _____ |
| 2. Situazione familiare | punti _____ |
| 3. Situazione sanitaria | punti _____ |
| 4. Situazione reddituale | punti _____ |

TOTALE PUNTI

Eventuali note

- _____
- _____
- _____
- _____

Trebisacce, li _____

FIRMA DEL RESPONSABILE
