

ALLEGATO "A"

All'Ambito Territoriale di Trebisacce

Comune Capofila Trebisacce

OGGETTO: ISTANZA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER DISABILI GRAVI – FONDO NON AUTOSUFFICIENZA.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
(____) il ____/____/____ residente a _____ in via _____
n. _____, C.F. : _____ telefono _____
/cellulare _____ in qualità di _____

CHIEDE

per se stesso per il/la sig./ra
_____ nato/a _____ (____)
il ____/____/____ residente a _____ via _____
n. _____ C.F.: _____ tel _____
cell. _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio è residente nel Comune di _____, appartenente all'Ambito Territoriale di Trebisacce - Comune Capofila Trebisacce;

che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio:

non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare o buoni spendibili per l'acquisto di servizi di cura e assistenza erogati da Enti pubblici;

- di accettare tutte le condizioni stabilite nell'Avviso Pubblico;
- ha un nucleo familiare composto da n. _____ persone come indicato di seguito:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTELA	CODICE FISCALE

Di trovarsi in una delle seguenti condizioni :

- disabilità grave certificata dall'UVM dell'ASP
- allettato
- carrozzato
- pluriminorato
 - Presenza nel nucleo familiare di altra disabilità;
 - Necessità di garantire presenza continua e giornaliera del caregiver;
 - Impegno esclusivo e totalizzante del caregiver;
 - Caregiver anziano;
 - Rete familiare carente;
 - Condizioni di non autosufficienza da lungo tempo;
 - Condizioni di emarginazione sociale;
 - Presenza/assenza di rete di volontariato;
 - Altro (specificare) _____

ALLEGA alla presente:

- Certificazione di invalidità civile e/o stato di handicap ex L. n. 104/92
- Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità
- Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria di chi propone l'istanza
- Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria del soggetto per il quale si richiede il servizio domiciliare
- Fotocopia provvedimento di nomina all'ufficio di tutore/amministratore di sostegno (eventuale)

Altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (eventuale).

AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

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

(Luogo e data)

(Firma leggibile)