

**DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 4 - Comune Capofila Trebisacce**  
(Comuni di: Albidona, Alessandria del Carretto, Amendolara, Canna, Cassano Allo Jonio, 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 (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 Jonio, 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;
- stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza (allegare certificato medico curante) \_\_\_\_\_;
- 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 a 80
- Anni da 81 a 85
- Anni da 86 a 90
- Oltre 90

**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, Castoregio, 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 oltre il 75%
- Invalidità dal 50% al 75%

**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; attestante la temporanea o permanente non autosufficienza
- Eventuale copia di invalidità;
- 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 Jonio, Castroregio, Cerchiara di Calabria, Francavilla Marittima, Montegiordano, Nocera, Oriolo, Plataci, Rocca Imperiale, Rosefo 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 
2. Situazione familiare
3. Situazione sanitaria
4. Situazione reddituale

punti \_\_\_\_\_  
punti \_\_\_\_\_  
punti \_\_\_\_\_  
punti \_\_\_\_\_

**TOTALE PUNTI**

Eventuali note

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Trebisacce, li \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL RESPONSABILE**

\_\_\_\_\_