

ALLEGATO "A"

All'Ambito Territoriale Sociale di Rosarno
Comune Capofila Rosarno
comune.rosarno@pec.comune.rosarno.rc.it

Per il tramite del
Comune di.....

Oggetto: Domanda di ammissione all'avviso pubblico per l'erogazione di servizio di assistenza domiciliare in favore di soggetti non autosufficienti residenti o domiciliati nei comuni facenti parte dell'ATS di Rosarno - Annualità 2019-2020.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ (____) il
__/__/__ residente a _____ cap _____ prov _____ via _____
n. _____, C.F. _____ recapito telefonico _____ e-
mail _____ PEC _____ in qualità di

In qualità di

- Beneficiario del Servizio
- Richiedente del servizio per il/la sig./ra _____ nato/a
_____ (____) il __/__/__ residente a
_____ cap _____ prov _____ via _____
n. _____ C.F.: _____ recapito telefonico _____

CHIEDE

di essere ammessa/o a partecipare all'Avviso pubblico per l'accesso al servizio di Assistenza Domiciliare in favore di soggetti non autosufficienti, residenti o domiciliati nei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Rosarno.

In particolare chiede l'ammissione al seguente servizio di assistenza domiciliare (indicare con una crocetta una sola tipologia di servizio:

- Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili (SADD), rivolto a minori ed adulti con disabilità che non hanno compiuto i 65 anni;
- Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani (SADA), rivolto ad adulti over 65 parzialmente o completamente non autosufficienti;

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

(selezionare le dichiarazioni corrispondenti alla propria situazione personale)

- di accettare tutte le condizioni stabilite nell'Avviso Pubblico;
- Di possedere cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all'Unione Europea o, per cittadini extra UE, titolare di idoneo e valido permesso di soggiorno;

- Di avere residenza in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Rosarno;
- che il reddito del nucleo familiare ISEE (familiare/socio-sanitario/ristretto) è di €.

Di trovarsi in una delle seguenti condizioni: (barrare con una X nel riquadro la casella corrispondente alla propria condizione personale)

- Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92);
- Persona portatrice di disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92);
- Persona invalida al 100% con indennità di accompagnamento;
- Persona con invalidità tra il 74% e il 99%, che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza;
- Di non essere ricoverato in una struttura residenziale pubblica o privata;
- Di non essere attualmente beneficiario del Fondo per le non autosufficienze erogato dall'ASP;
- Di non essere attualmente beneficiario di altri servizi previsti da progetti simili di assistenza e/o contributi economici erogati dall'ATS e/o Comuni.

Di trovarsi in una delle seguenti condizioni: (barrare con una X nel riquadro a destra solo la casella corrispondente alla propria condizione personale)

Macro area	Criteri		Barrare con una (X)
STATO DI DISABILITA' (Max 10)	Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92)		
	Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 1 L. 104/92)		
	Persona invalida al 100 %		
	Persona invalida con una percentuale tra il 74% e il 99%		
CONDIZIONE FAMILIARE (Max 10)	Persona che vive sola		
	Persona che vive con coniuge o altri familiari non autosufficienti, anziani e/o disabili (allegare certificazioni)		
	Persona che vive con coniuge o altri familiari autosufficienti		
CONDIZIONE SOCIALE (Max 6)	Sezione mobilità	Autonomo (senza ausili)	
		Parzialmente autonomo	
		Non autonomo (con carrozzina attiva e/o deambulatore)	
	Sezione capacità relazionali	Disponibilità di una rete parentale ed amicale non convivente (amici, vicinato, volontariato, altro...)	
		Indisponibilità di una rete parentale ed amicale non convivente (nessuno)	
	Condizione abitativa	L'abitazione risulta vicino ai servizi primari	
L'abitazione è isolata dai servizi primari			
CONDIZIONE ECONOMICA (Max 4)	Inferiore a € 9.360,00		
	Tra € 9.361,00 e € 15.000,00		
	Tra € 15.000,01 e € 25.000,00		

Specifica, inoltre, che il Medico di Medicina Generale del beneficiario è la/il Dott.ssa/Dott. _____ reperibile presso il seguente indirizzo _____ tel/cell. _____;

Allega obbligatoriamente alla presente domanda:

- Copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità, (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
 - Copia della Tessera Sanitaria del richiedente in corso di validità, (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
 - Copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (ex carta di soggiorno) in corso di validità del beneficiario, qualora si tratti di persona extracomunitaria;
 - Copia dell'eventuale provvedimento di nomina all'ufficio di Tutore/Amministratore di Sostegno;
 - Copia di una delle seguenti attestazioni:
 - Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92);
 - Persona portatrice di disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92);
 - Persona invalida al 100% con indennità di accompagnamento;
 - Persona con invalidità tra il 74% e il 99%, che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza.
 - Copia attestazione ISEE (familiare/socio-sanitario/ristretto) del nucleo familiare del beneficiario in corso di validità;
 - Certificazione attestante la condizione familiare (vedi macro area);
 - Altra documentazione sanitaria ritenuta utile ai fini della valutazione:
- _____

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione Comunale di Rosarno, 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 Leggibile
