



Comuni di Belvedere di Spinello, Crotona, Cutro, Isola di Capo Rizzuto, Rocca di Neto, S. Mauro Marchesato, Scandale

Ufficio di Piano

Piazza della Resistenza – 88900 Crotona

protocollocomune@pec.comune.crotona.it

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE
AI SERVIZI DI SUPPORTO ALLA DOMICILIARITÀ PER PERSONE NON
AUTOSUFFICIENTI**

Fondo Non Autosufficienza Annualità 2014

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (___)
il _____, e residente in _____ (KR) alla via/piazza/vico/c.da
_____ n. _____, C. F. _____
tel. _____

(eventualmente) in qualità di _____
di _____, nato/a a _____ (___) il
_____, ed residente in _____ alla via/piazza/vico/c.da
_____ n. _____, C. F. _____
tel. _____;

CHIEDE

di accedere all'erogazione del voucher:

- per **anziani ultra-sessantacinquenni** e non autosufficienti
- per **persone disabili**

TIPO DI PRESTAZIONI RICHIESTA

- Servizi di assistenza domiciliare** da parte dei soggetti accreditati ai sensi della DGR 505/2013;
- Frequenza **Centro Diurno** autorizzati per persone disabili _____



A TAL FINE

sotto la propria responsabilità ed in piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del codice penale e dalle leggi speciali in materia ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA CHE

Il beneficiario è residente nel Comune di _____

in via _____

è cittadino italiano o comunitario ;

è straniero, con cittadinanza _____ ed è in possesso del permesso di soggiorno;

COMPOSIZIONE FAMILIARE

la composizione del nucleo familiare convivente col beneficiario delle prestazioni è la seguente:

N	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

PARAMETRI REDDITUALI

il valore ISEE del nucleo familiare convivente con il beneficiario delle prestazioni socio-assistenziali per l'anno _____ ammonta ad € _____;

CONDIZIONI DI SALUTE



che il beneficiario risulta nelle seguenti condizioni di fragilità sociale:

- A. Soggetto non autosufficiente (la condizione di non autosufficienza è rilevabile dal verbale di commissione medica o decreto di invalidità in cui è dichiarato “*invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l’aiuto permanente di un accompagnatore*”), in possesso della certificazione medica prevista dall’art. 3, comma 3, della Legge 104/1992;
- B. Soggetto non autosufficiente, con invalidità al 100 %, sprovvisto della certificazione medica di cui all’art. 3, comma 3 della Legge 104/1992;
- C. soggetto autosufficiente in possesso della certificazione medica prevista dall’art. 3 co. 1 della Legge 104/1992;
- D. soggetto autosufficiente con invalidità inferiore al 100%, sprovvisti della certificazione medica prevista dall’art. 3 co. 1 della Legge 104/1992 oppure soggetto in condizione di fragilità socio-sanitaria comprovata da adeguate certificazioni specialistiche;

Specificando che:

- il beneficiario è solo;
- è inserito in un nucleo familiare con altre persone disabili o anziane che hanno compiuto i 65 anni di età, compreso il coniuge;
- ha figli minori a carico;

DICHIARA, ALTRESÌ

di essere a conoscenza della tipologia delle prestazioni, delle modalità di accesso e di valutazione delle domande.



SI IMPEGNA A

- sottoscrivere, previa sua condivisione, il progetto assistenziale individuale (PAI) predisposto a seguito di valutazione multidimensionale;
- corrispondere puntualmente, ove dovute, le quote di compartecipazione al costo del servizio, come previsto dall'Avviso e dal Regolamento di Ambito, pena la sospensione del servizio;
- comunicare tempestivamente per iscritto, al servizio sociale comunale di riferimento, situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

AUTORIZZA

Gli Uffici dei Servizi Sociali Comunale:

- al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 196/2003 "materia dei dati personali" e successive integrazioni;
- visita domiciliare dell'assistente sociale assegnato al caso, qualora necessaria a perfezionamento del procedimento istruttorio;
- alla rilevazione di tutti i dati necessari alla valutazione multidimensionale da parte di tutti gli operatori ad ogni titolo coinvolti nell'esame della presente istanza.

ALLEGA:

- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Attestazione ISEE del nucleo familiare;
- Copia del verbale di invalidità civile;
- Eventuale copia del verbale di accertamento dell'handicap ai sensi della legge 104/92;
- Eventuale certificazioni attestanti condizioni di fragilità.

Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Luogo e Data _____

Firma del beneficiario o del familiare
