**Città di Soverato**

**CALABRIA**

ALLEGATO A

DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO

**Servizi di supporto alla domiciliarità per persone non autosufficienti – FNA 2015**

**SAD** - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI NON IN ADI;

Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Il beneficiario | | | | |
| Nato/a | | Prov. | il | |
| C.F. | | Comune res | | |
| Via, nr | | | | CAP |
| Domicilio (se diverso dalla residenza) | | | | |
| Tel | Mail/PEC | | | |

***In caso di impedimento anche temporaneo del beneficiario, a sottoscrivere la presente (art. 4 DPR 445/2000) è***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sign | | C.F. |
| Comune res | | Via |
| CAP | Tel | |
| In qualità di (specificare) | | |

**CHIEDE** L’ammissione al servizio sopra specificato ed a tal fine, ai sensi dell’artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28 .12.2000, n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. che il beneficiario risulta:

* titolare di indennità di accompagnamento;
* persona in situazione di handicap ai sensi dell’art. 3 comma 1 e comma 3 della L. 104/92;
* non beneficiario di altri servizi erogati dal Comune o da altro Ente pubblico/privato;

1. che il beneficiario risulta nelle seguenti condizioni di fragilità sociale:

* presenza nel nucleo familiare, oltre il beneficiario, di altro componente disabile, con riduzione della capacita di autonomia in misura non inferiore ai 2/3 (66%);
* persona sola priva di rete parentale, ai sensi dell’art. 433 del c.c. con presenza di care giver private (persona che si prende cura) regolarmente assunto;
* persona sola con rete parentale, ai sensi dell’art. 433 del c.c. residente in altro Comune;
* persona sola con rete parentale, ai sensi dell’art. 433 del c.c., residente nel Comune;
* persona nel nucleo familiare di altro componente adulto care giver.

1. che il valore ISEE in corso di validità ammonta ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. che il reddito personale del beneficiario a qualsiasi titolo percepito riferito all’anno precedente a

quello di presentazione della domanda ammonta ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Inoltre, qualora la presente richiesta sia valutata positivamente

SI IMPEGNA

* a sottoscrivere, previa sua condivisione, il progetto assistenziale individuale (PAI) predisposto a seguito di valutazione;
* a comunicare tempestivamente per iscritto, agli uffici competenti, ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee;
* se dovuto a compartecipare al costo del servizio;

AUTORIZZA

Gli Uffici dell’Ambito territoriale n.3 Soverato, deputati all’attivazione dei Servizi:

* 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 “Codice in materia dei dati personali” e successive integrazioni;
* alla visita domiciliare dell’assistente sociale assegnato al caso, qualora necessaria al perfezionamento del procedimento istruttorio;
* alla rilevazione di tutti i dati necessari alla valutazione multidimensionale (scheda di valutazione sociale) da parte di tutti gli operatori ad ogni titolo coinvolti nell’esame della presente istanza.

**ALLEGA**:

* dichiarazione e attestazione ISEE riguardante la famiglia anagrafica in corso di validità;
* autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario;
* eventuale certificazione attestante l’invalidità ai sensi dell’art. 3 comma 3 della legge 104/92;
* eventuale decreto di tutela o di curatela o di amministratore di sostegno;
* documento di identità del beneficiario e del richiedente;
* altre certificazioni mediche ritenute utili, da parte dell’utente, per l’attivazione del servizio.

Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_