# COMUNE DI

## Per la trasmissione al Comune Capofila Ambito Territoriale Sociale – Corigliano-Rossano

**Oggetto:****Domanda di ammissione all’Avviso Pubblico per l’erogazione del Servizio di assistenza domiciliare in favore di soggetti non autosufficienti residenti o domiciliati nei comuni facenti parte dell’ATS di Corigliano – Rossano. F.n.a. Annualità 2019-2020.** **CUP G39G25000090002**

La/Il sottoscritta/o

nata/o a prov. di il

residente nel Comune di c.a.p. prov. Via , numero civico ,

recapito telefonico codice fiscale

domiciliato nel Comune di (solo se diverso dalla residenza)

c.a.p. prov. Via , numero civico

, in qualità di:

Richiedente del servizio;

Beneficiario del servizio;

*(da compilare solo se si è richiedenti)*

per il beneficiario

nata/o a prov. di il residente nel Comune di c.a.p. prov.

Via numero civico

recapito telefonico codice fiscale

**C H I E D E**

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 Corigliano-Rossano.

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 D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 dal medesimo D.P.R. n. 445/2000 per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

# DICHIARA CHE IL BENEFICIARIO PER IL QUALE SI RICHIEDE IL SERVIZIO POSSIEDE I SEGUENTI REQUISITI:

## (selezionare le dichiarazioni corrispondenti alla propria situazione personale)

* 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 Corigliano-Rossano;
* Di avere domicilio in uno dei Comuni dell’Ambito Territoriale Sociale di Corigliano-Rossano;

Di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

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 similari 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)*

|  |  |
| --- | --- |
| DISABILITA’ | |
| 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. 1L.104/92) |  |
| Persona invalida al 100% |  |
| Persona con invalidità riconosciuta tra il 74% e il 99% |  |
| SITUAZIONE FAMILIARE | |
| Persona che vive sola |  |
| Persona che vive con coniuge o altri familiari non autosufficienti (anziani e/o disabili: fornire certificazioni) |  |
| Persona che vive con coniuge o altri familiari autosufficienti |  |
| CONDIZIONI SOCIALI | |
| Autonomo |  |
| Non autonomo (con carrozzina o deambulatore) |  |
| Presenza di rete familiare e/o altri vicini non conviventi |  |
| Assenza di rete familiare e/o altri vicini non conviventi |  |
| Abitazione in prossimità dei servizi essenziali |  |
| Abitazione distante dai servizi essenziali |  |
| CONDIZIONI ECONOMICHE | |
| 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 soggiornati 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;
* Altra documentazione sanitaria ritenuta utile ai fini della valutazione:

*(descrivere)*:

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione Comunale di Corigliano-Rossano, 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

*Ai sensi dell'art. 39 del d.p.r. n.445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione*