**Allegato all’Avviso pubblico per l’ammissione al servizio di Assistenza domiciliare socio-assistenziale per anziani non autosufficienti.**

**All’Ufficio di Piano**

**Ambito Territoriale Sociale S07**

**tramite il COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OGGETTO: ISTANZA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI NEI COMUNI DELL’AMBITO S07.**

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/;

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di essere ammesso al Servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale per anziani non autosufficienti**

in qualità di beneficiario

 in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(parte da compilare in caso di istanza richiesta da un familiare, convivente, tutore, amministratore o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere art. 4 DPR 445/2000):**

nato/a il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/;

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art. 75 e76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, sotto la propria responsabilità (condizione riferita al beneficiario della prestazione richiesta):*

**DICHIARA**

1. **Che le sue condizioni di salute sono:**
* persona titolare di certificazione di invalidità al 100% ed eventuale indennità di accompagnamento;
* persona titolare di certificazione di invalidità;
* persona parzialmente non autosufficiente con limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane;
* persona in condizione di isolamento/emarginazione sociale.
1. **Che le condizioni familiari del destinatario del beneficio richiesto sono le seguenti**:
* persona che vive sola e priva di rete familiare;
* persona che vive sola, con familiari residenti fuori Comune;
* persona che vive sola, con familiari nel Comune di residenza;
* persona che vive con familiare impegnato in attività lavorativa;
* persona che vive con coabitante, con familiari fuori Comune di residenza;
* persona che vive con coabitante, con familiari nel Comune di residenza;
* persona coabitante con 2 o più figli/genitori, parenti o affini o assistente familiare.
1. **Che ha un livello di supporto familiare/extrafamiliare così articolato:**
* persona in un nucleo familiare costituito da (escluso il beneficiario, specificare nome e cognome, età, grado di parentela, attività lavorativa, disabilità fisica/psichica o invalidità e tempi, modi e tipologia del sostegno garantito):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Data di nascita** | **Grado di parentela** | **Attività lavorativa** | **Disabilità fisica/psichica o invalidità****Si/No** | **Sostegno garantito** |
| **Tipologia** | **Tempi** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* persona con figli non conviventi (*specificare nome e cognome, età, residenza, recapiti e attività lavorativa*):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Data di nascita** | **Comune di residenza** | **Recapito** | **Attività lavorativa** | **Sostegno garantito** |
| **Tipologia** | **Tempi** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **Che il destinatario del beneficio richiesto risulta:**
* essere beneficiario di altri servizi erogati dal Comune o da altro Ente Pubblico

Indicare quale: .………….………………………………………………………………………….;

* di essere beneficiario di altro sostegno economico (ad es. Reddito di Cittadinanza, Pensione di Cittadinanza, sostegno economico comunale ecc.)

Indicare quale: …………………………………………………………………………………………………...…;

* Altro ………………………………………………………………………………………...…………….
1. **Che il valore ISEE del nucleo familiare, come da attestazione in corso di validità allegata alla presente domanda, è pari ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

**DICHIARA** altresì,

1. **Che il destinatario del beneficio richiesto ha bisogno delle seguenti prestazioni di assistenza e sostegno domiciliare:**
* aiuto nell’igiene personale;
* aiuto nella vestizione;
* aiuto nella preparazione ed assunzione dei pasti;
* aiuto nella mobilizzazione;
* aiuto nella deambulazione e nell’uso corretto di specifici ausili;
* aiuto nel governo e nella pulizia degli ambienti domestici;
* altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. di aver preso visione dell’avviso pubblico per l’ammissione al servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale anziani e di tutte le condizioni in esso contenute che con la firma apposta in calce alla presente istanza di ammissione si intendono espressamente accettate e di impegnarsi ad osservarle tutte senza riserva alcuna;
2. di aver preso visione del regolamento di compartecipazione al costo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari dell’Ambito S07;
3. di impegnarsi, qualora dovuto, al pagamento della quota di compartecipazione economica, secondo le modalità previste nell’Avviso pubblico in oggetto.

**Si allega:**

* copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del Codice fiscale del richiedente;
* copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del Codice fiscale del beneficiario se diverso dal richiedente;
* attestazione I.S.E.E. socio sanitario in corso di validità;
* copia del verbale della Commissione di invalidità Civile ed eventuale indennità di accompagnamento e/o certificato d’invalidità e/o legge 104/92;
* documentazione attestante la temporanea o permanente perdita di autosufficienza;
* scheda del medico curante in alternativa al certificato d’invalidità e/o legge 104/92;
* autocertificazione dell’interessato o dei suoi familiari o di altri conviventi sull’impossibilità a garantire adeguatamente la cura del soggetto richiedente il servizio;

Il/La sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali rilasciati per l’espletamento del servizio di assistenza domiciliare in oggetto nel rispetto del Dlgs 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e secondo la normativa vigente.

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

*(luogo) (data)*

  **Il Richiedente/Il beneficiario**

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