

OGGETTO: istanza per avviso pubblico per l'erogazione di voucher per servizi di assistenza domiciliare in favore di soggetti under 65 non autosufficienti residenti nei Comuni facenti parte dell'ambito territoriale sociale di Polistena.

Il/La sottoscritto/a nato/a a (.....) il
...../...../..... residente a in via
..... n., Codice Fiscale telefono
..... cell. in qualità di

chiede l'ammissione al servizio di assistenza Domiciliare (SAD)

per se stesso/a per il/la sig./sig.ra

..... nato/a a (.....) il
...../...../..... residente a in via
..... n., Codice Fiscale

Recapito telefonico

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole 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

- che il beneficiario è residente e/o domiciliato nel Comune di, appartenente all'Ambito Territoriale sociale di Polistena;
- di non aver presentato domanda o godere dei servizi previsti da altri fondi sanitari o sociali analoghi;
- che il reddito del nucleo familiare ISEE è di €.;
- il nucleo familiare è composto da n. persone come indicato di seguito:

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Attività (Eventuale)	Incapacità di prestare assistenza al congiunto per motivi di salute(specificare)

- che la **condizione familiare** del beneficiario è la seguente (*barrare la voce che interessa*):

- convive con familiari in grado di assisterlo;
- con figli residenti nel Comune;
- con figli non residenti nel Comune;
- vive da solo, privo di supporto familiare;
- convive con familiari portatori di handicap senza ulteriore supporto.

- che presenta il seguente **stato di salute/invalidità**
 - Portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 Legge 104/92);
 - Portatore di handicap (art. 3, co. 1 Legge 104/92);
 - Invalido al 100% in attesa di riconoscimento Legge 104/92;
 - Stato malattia attestato dalla scheda di accesso ai servizi (allegato C)

ALLEGA alla presente:

- Attestazione ISEE del nucleo familiare dell'utente in corso di validità;
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità dell'interessato e/o del richiedente
- Scheda di richiesta di accesso ai servizi socio-sanitari territoriali (Allegato B) compilata dal medico di medicina generale del richiedente su apposito modello dell'ASP di Reggio Calabria scaricabile dal sito <http://www.comune.polistena.rc.it> o presso gli uffici dei Comuni di Residenza;
- Copia di verbali attestante l'invalidità civile e/o la disabilità;
- Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti:

.....
.....

AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del Regolamento EU nr. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)

Spazio riservato per la valutazione della domanda

PUNTEGGIO REQUISITI:

1. Situazione reddituale:	punti	_____
2. Stato di invalidità:	punti	_____
3. Condizione familiare:	punti	_____
4. Et�:	punti	_____
5. Valutazione condizioni socio-ambientali:	punti	_____
TOTALE PUNTI		_____