

Al Comune Capofila di
ROSARNO

OGGETTO: Istanza per avviso pubblico per l'erogazione di voucher per servizi di cura domiciliare agli anziani non autosufficienti residenti nei comuni facenti parte dell'ambito territoriale sociale di Rosarno.

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

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

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

..... nato/a il|.....|.....

residente in alla Via n.

Recapito telefonico C.F.

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 è residente nel Comune di, appartenente all'Ambito Territoriale sociale di Rosarno;
- 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.

Allegato A – SAD OVER 65

- 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 B)

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.rosarno.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. Età: | punti | _____ |
| 5. Valutazione condizioni socio-ambientali: | punti | _____ |

TOTALE PUNTI _____