

Allegato "A"

Al Responsabile
dell'Ambito Territoriale n. 2
Comune Capofila Rosarno

OGGETTO: *Istanza per Avviso pubblico assistenza domiciliare integrata per erogazione servizi di cura alle persone anziane non autosufficienti ultrasessantacinquenni.*

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:

Assistenza Domiciliare integrata (ADI)

Assistenza Domiciliare(SAD)

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

_____ nato/a _____ il ____ | ____ | ____
residente/domiciliato in _____ alla Via _____ n. _____

Recapiti telefonici: cell. _____

Codice Fiscale: _____

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 N. 2 del Comune Capofila 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:

n.	Cognome e nome	Luogo e nascita	parentela	Codice fiscale

- 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 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);
- Copia di verbali attestante l'invalidità civile e/o l'invalidità;
- 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. Situazione familiare | punti _____ |
| 4. Età | punti _____ |
| 5. Valutazione condizioni socio-ambientali | punti _____ |

TOTALE PUNTI _____