



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.2- AMBITO TERRITORIALE DEI COMUNI DI
Gioia Tauro, Melicuccà, Palmi, Rizziconi, Rosarno, San Ferdinando, Seminara**

Al Servizio Sociale
del Comune di

.....

Oggetto: Istanza di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare per anziani ultra 65 anni non autosufficienti P.A.C.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ () il _____ residente a _____

Cap _____ Via _____ n° _____ n. telefono _____

C.F. _____

CHIEDE

di essere ammesso

- Per se stesso;
- In qualità di : tutore e/o curatore o altro

del /la Sig./ra _____ (parentela) _____

nato/a _____ () il _____ residente a _____

Cap _____ Via _____ n° _____ n. telefono _____

C.F. _____

al seguente servizio di cura domiciliare per anziani non autosufficienti (*barrare la casella che interessa*):

- TIPOLOGIA ADI
- TIPOLOGIA NON IN CDI o SAD

DICHIARA

(*Barrare le caselle che interessano*)

di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno Stato aderente all'Unione Europea in possesso di attestazione di regolarità di soggiorno;
- di essere cittadino di altro Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di carta o di permesso di

soggiorno;

di essere residente nel Comune di _____, appartenente al Distretto socio assistenziale di Gioia Tauro;

che la persona per la quale si richiede l'attivazione del servizio:

ha un'età superiore ai 65 anni;

presenta uno stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza: (*specificare se allettato*) _____;

evidenzia stati particolari di bisogno e di necessita: (*specificare*) _____

Sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76) che il nucleo familiare dell'anziano è così composto (compreso l'anziano):

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Relazione di parentela

ha n° _____ figli non conviventi;

presenta un reddito complessivo pari a:

Reddito ISEE relativo all'anno 2013 _____;

Importi corrisposti a persone tenute all'obbligo di assistenza _____;

Allega:

1. Ultima dichiarazione Sostitutiva Unica con attestazione ISEE del nucleo familiare- Anno 2013;

2. Documentazione sanitaria di cui al relativo bando;

3. Documento di riconoscimento in corso di validità

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

di avere preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei servizi di cura domiciliare per anziani non autosufficienti;

di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuto a conoscenza- ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;

di essere a conoscenza che la documentazione di coloro che beneficeranno del servizio verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni da me sottoscritte e prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

di autorizzare il trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente.

....., li _____

Il Dichiarante
