



Ambito Sociale di Crotona

Comuni di Belvedere di Spinello, Crotona, Cutro, Isola di Capo Rizzuto, Rocca di Neto, S. Mauro Marchesato, Scandale

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

Voucher per anziani non autosufficienti ultra sessantacinquenni dell'Ambito Territoriale Sociale di Crotona finalizzati all'espletamento del Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrato all'assistenza sanitaria ADI/CDI"
PAC- Piano di Azione e Coesione- II Riparto

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (___)
il _____, e residente in _____ (KR) alla via/piazza/vico/c.da
_____ n. _____, C. F. _____
tel. _____

(eventualmente) in qualità di _____
di _____, nato/a a _____ (___) il
_____, ed residente in _____ alla via/piazza/vico/c.da
_____ n. _____, C. F. _____
tel. _____;

CHIEDE

di accedere all'erogazione del voucher per anziani non autosufficienti ultra sessantacinquenni dell'Ambito Territoriale Sociale di Crotona finalizzati all'espletamento del Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrato all'assistenza sanitaria ADI/CDI a valere sui fondi **PAC-PIANO DI AZIONE E COESIONE- II RIPARTO**.

A TAL FINE

sotto la propria responsabilità ed in piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del codice penale e dalle leggi speciali in materia ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

- Ambito Sociale di Crotona -

Piazza Resistenza, 88900 Crotona - Tel. 0962.921430/204/202/363 - FAX 0962.921123

Email: mesoracaalexandra@comune.crotona.it PEC: protocollocomune@pec.comune.crotona.it



Ambito Sociale di Crotona

DICHIARA CHE

Il beneficiario è residente nel Comune di _____ in
via _____

- è cittadino italiano o comunitario ;
 è straniero, con cittadinanza _____ ed è in possesso del permesso di soggiorno;

COMPOSIZIONE FAMILIARE

la composizione del nucleo familiare convivente col beneficiario delle prestazioni è la seguente:

N	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

PARAMETRI REDDITUALI

il valore ISEE del nucleo familiare convivente con il beneficiario delle prestazioni socio-assistenziali per l'anno _____ ammonta ad € _____;

CONDIZIONI DI SALUTE

che il beneficiario risulta nelle seguenti condizioni di fragilità sociale:

- A. Soggetto non autosufficiente (la condizione di non autosufficienza è rilevabile dal verbale di commissione medica o decreto di invalidità in cui è dichiarato *“invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore”*), in possesso della certificazione medica prevista dall'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992;

- Ambito Sociale di Crotona -

Piazza Resistenza, 88900 Crotona - Tel. 0962.921430/204/202/363 - FAX 0962.921123

Email: mesoracaalexandra@comune.crotona.it PEC: protocollocomune@pec.comune.crotona.it



Ambito Sociale di Crotona

- B. Soggetto non autosufficiente, con invalidità al 100 %, sprovvisto della certificazione medica di cui all'art. 3, comma 3 della Legge 104/1992;
- C. soggetto autosufficiente in possesso della certificazione medica prevista dall'art. 3 co. 1 della Legge 104/1992;
- D. soggetto autosufficiente con invalidità inferiore al 100%, sprovvisti della certificazione medica prevista dall'art. 3 co. 1 della Legge 104/1992 oppure soggetto in condizione di fragilità socio-sanitaria comprovata da adeguate certificazioni specialistiche;

Specificando che:

- il beneficiario è solo;
- è inserito in un nucleo familiare con altre persone disabili o anziane che hanno compiuto i 65 anni di età, compreso il coniuge;
- ha figli minori a carico;

DICHIARA, ALTRESÌ

di essere a conoscenza della tipologia delle prestazioni, delle modalità di accesso e di valutazione delle domande.

SI IMPEGNA A

- sottoscrivere, previa sua condivisione, il progetto assistenziale individuale (PAI) predisposto a seguito di valutazione multidimensionale;
- corrispondere puntualmente, ove dovute, le quote di compartecipazione al costo del servizio, come previsto dall'Avviso e dal Regolamento di Ambito, pena la sospensione del servizio;
- comunicare tempestivamente per iscritto, al servizio sociale comunale di riferimento, situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

AUTORIZZA

Gli Uffici dei Servizi Sociali Comunale:

- Ambito Sociale di Crotona -

Piazza Resistenza, 88900 Crotona - Tel. 0962.921430/204/202/363 - FAX 0962.921123

Email: mesoracaalexandra@comune.crotona.it PEC: protocollocomune@pec.comune.crotona.it



Ambito Sociale di Crotona

- al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 196/2003 "materia dei dati personali" e successive integrazioni;
- visita domiciliare dell'assistente sociale assegnato al caso, qualora necessaria a perfezionamento del procedimento istruttorio;
- alla rilevazione di tutti i dati necessari alla valutazione multidimensionale da parte di tutti gli operatori ad ogni titolo coinvolti nell'esame della presente istanza.

ALLEGA:

- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Attestazione ISEE del nucleo familiare;
- Copia del verbale di invalidità civile;
- Eventuale copia del verbale di accertamento dell'handicap ai sensi della legge 104/92;
- Eventuale certificazioni attestanti condizioni di fragilità.

Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Luogo e Data _____

Firma del beneficiario o del familiare

- Ambito Sociale di Crotona -

Piazza Resistenza, 88900 Crotona - Tel. 0962.921430/204/202/363 - FAX 0962.921123

Email: mesoracalessandra@comune.crotona.it PEC: protocollocomune@pec.comune.crotona.it