Comune di Montebello Jonico - Protocollo n. 0010324/2022 del 13/09/2022 12.45.10

Comune di Melito Porto Salvo - Prot 0025794del 12-09-2022 in partenza

All'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale n. 4

Tramite il Comune di

____

RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI SOGGETTI CON DISABILITA' E/O NON AUTOSUFFICIENZA

Il/la sottoscritto/a ____________________________
nato/a ____________________________ il ____________________
residente a ____________________ Via/Piazza ____________________
Codice Fiscale ____________________ Telefono ____________________
E-Mail o posta certificata ____________________________

In caso di rappresentante legale (tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc…) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Il Sig./La Sig.ra____________________________
Codice Fiscale ____________________ Residente in____________________
Cap.____________________Tel./Cell.____________________
E-Mail o posta certificata____________________________

in qualità di:

☐ rappresentante legale del richiedente (specificare)____________________
☐ persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela)____________________
☐ parente o altra persona che richiede la prestazione in nome e per conto di altro soggetto

DICHIARA

di aver preso visione dell'avviso pubblico servizio di assistenza domiciliare in favore di soggetti con disabilita' e/o non autosufficienza

CHIEDE

L'ammissione al Servizio di assistenza domiciliare in favore di soggetti con disabilita' e/o non autosufficienza.

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 della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e 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

a) che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di ______________**(anni compiuti);**

b) che il nucleo familiare del destinatario del beneficio richiesto è così composto:

	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

C) dichiara di avere il seguente numero di figli non conviventi inoltre *(barrare la casella corrispondente)*

	Più di 4 figli non conviventi
	n. 4 figli non conviventi
	n. 3 figli non conviventi
	n. 2 figli non conviventi
	n. 1 figlio non convivente
	nessuno

D) che il valore I.S.E.E. in corso di validità, è pari ad €___________________________________;

E) Dati Medico di Medicina Generale del destinatario del beneficio richiesto:

Dr. **Tel.**

Studio medico, Via **Città**

Altro Medico Proponente:

Cognome e Nome:

Struttura di appartenenza:

Tel./Cell. **Fax**

ALLEGA alla presente:

- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia del beneficiario sia dell'eventuale familiare richiedente, ai sensi dell'Art. 38 del D.P.R. 445/2000 – *documento obbligatorio*
- modelloISEE, in corso di validità, completo della dichiarazione sostitutiva unica (DSU) riportante la situazione economica dell'intero nucleo familiare, completo di QUADRO CF7-DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA - *documento obbligatorio;*
- SVAMA SANITARIA rilasciata dal medico curante, attestante lo stato di salute – *documento obbligatorio;*
- Certificato del medico curante attestante lo stato di salute dell'assistito – *documento obbligatorio;*
- Copia del verbale della Commissione di Accertamento Handicap (L. 104/1992) – *documento obbligatorio;*
- Altra documentazione ritenuta valida ai fini della stesura della graduatoria

AUTORIZZA

il Servizio Sociale del Comune di______________________e il Servizio Sociale dell'Ambito Territoriale di Melito di Porto Salvo al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

DICHIARA

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

- ☐ di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza e/o al PUA– entro 15 giorni dalla data in cui ne venga 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 sottoscritte, è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria;
- ☐ di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- ☐ sotto la propria personale responsabilità ed ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole che ai sensi dell'articolo 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

Dichiara di scegliere il seguente Soggetto (iscritto all'ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI) per l'erogazione della prestazione:

BARRARE CON UNA X	SOGGETTO	SEDE	CONTATTI
	Consorzio "Macramè – Trame Solidali nelle Terre del Sole" **C.F. – P. Iva 02372250809**	Via Vallone Petrara n. 10/A Reggio Calabria	e-mail info@consorziomacrame.it PEC: consorzio.macrame@pec.it cell. 3287434536 tel 09651722548
	Piccola Opera Papa Giovanni ONLUS C.F. – P. Iva 80013940806	Via del Gelsomino Trav. I n. 2 Reggio Calabria	e-mail presidenza@piccolaopera.org PEC: piccolaopera@pec.it tel. 0965890135
	Cooperativa Rinascita ONLUS C.F. – **P. Iva 01074090802**	Via Turati n. 105 Melito Porto Salvo	e-mail segreteria.rinascita@tiscali.it PEC: amministrazione@pec.rinascitaonlus.it tel. 0965771754

Data/luogo

____

Firma

____