

Ambito territoriale n. 1 Cirò Marina



ALLEGATO B)

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 1

Comuni di Cirò Marina, Carfizzi, Casabona, Cirò, Crucoli, Melissa, Pallagorio,
San Nicola dell'Alto, Strongoli, Umbriatico, Verzino

Rafforzamento Pac anziani (servizi di cura agli anziani non autosufficienti)

SCADENZA: VENERDI' 05 MAGGIO 2023 ORE 13:00

DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO

Specificare il servizio a cui accedere

- **ADI** - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE INTEGRATA ALL'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA
- **SAD** - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI NON IN ADI

Al Comune/PUA di _____

Il beneficiario			
Nato/a	Prov.	il	
C.F.	Residenza		
Via, nr	CAP		
Domicilio (se diverso dalla residenza)			
Tel	Mail/PEC		

In caso di impedimento anche temporaneo del beneficiario, a sottoscrivere la presente (art. 4 DPR 445/2000) è

Sign/Sig.ra	C.F.
Residenza	Via
CAP	Tel
In qualità di (specificare)	

CHIEDE

L'ammissione al servizio di assistenza domiciliare di seguito contrassegnate:

- o Prestazioni di cura della persona;
- o Prestazioni di cura dell'ambiente di vita;
- o Prestazioni di sostegno alla relazione.

A tal fine, ai sensi dell'artt. 46, 47 e 76 del 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 beneficiario risulta:
- o titolare di indennità di accompagnamento;
 - o persona in situazione di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;
 - o beneficiario di altri servizi erogati dal Comune o da altro Ente pubblico/privato (_____);
- B)** che il beneficiario risulta nelle seguenti condizioni di fragilità sociale:
- o presenza nel nucleo familiare, oltre il beneficiario, di altro componente disabile, con riduzione della capacità di autonomia in misura non inferiore ai 2/3 (66%);
 - o persona sola priva di rete parentale, ai sensi dell'art. 433 del c.c. con presenza di care giver private (persona che si prende cura) regolarmente assunto;
 - o persona sola con rete parentale, ai sensi dell'art. 433 del c.c. residente in altro Comune;
 - o persona sola con rete parentale, ai sensi dell'art. 433 del c.c., residente nel Comune;
 - o persona nel nucleo familiare di altro componente adulto care giver.
- C)** che il valore ISEE in corso di validità ammonta ad €_____;
- D)** che il reddito personale del beneficiario a qualsiasi titolo percepito riferito all'anno precedente a quello di presentazione della domanda ammonta ad €_____;

Inoltre, qualora la presente richiesta sia valutata positivamente

SI IMPEGNA

- a sottoscrivere, previa sua condivisione, il progetto assistenziale individuale (PAI) predisposto a seguito di valutazione;
- a comunicare tempestivamente per iscritto, agli uffici competenti, ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee;
- se dovuto a partecipare al costo del servizio;

AUTORIZZA

Gli Uffici del Distretto Socio assistenziale n.1 deputati all'attivazione dei Servizi:

- 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 "Codice in materia dei dati personali " e successive integrazioni;
- alla visita domiciliare dell'assistente sociale assegnato al caso, qualora necessaria al perfezionamento del procedimento istruttorio;
- alla rilevazione di tutti i dati necessari alla valutazione multidimensionale (scheda di valutazione sociale) da parte di tutti gli operatori ad ogni titolo coinvolti nell'esame della presente istanza.

ALLEGA:

- o dichiarazione e attestazione ISEE riguardante la famiglia anagrafica in corso di validità;
- o Certificazione unica 2023- redditi anno 2022;
- o autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario;
- o certificazione attestante l'invalidità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- o decreto di tutela o di curatela o di amministratore di sostegno;
- o relazione clinica aggiornata, redatta da specialista di struttura pubblica inerente la patologia, dalla

quale si evincono i bisogni della persona con disabilità in termini clinico-riabilitativi e attestanti la condizione di dipendenza vitale;

- documento di identità del beneficiario e del richiedente;
- altre certificazioni mediche ritenute utili, da parte dell'utente, per l'attivazione del servizio.

Dichiarazione scelta Ente accreditato:

- Confraternita di Misericordia di Cirò Marina;
- Associazione FOREVER YOUNG di Strongoli;
- Cooperativa ORIZZONTI NUOVI di Crotone.

Luogo e Data _____

Firma
