



Città di Soverato



Spett.le ATS di Soverato

PEC servizisociali@pec.soverato.calabria.it

o

Per il tramite del Comune di

Sede

La/il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ prov. di _____ il _____

residente nel Comune di _____ C.A.P. _____ prov. _____

Via _____, numero civico _____,

codice fiscale _____ recapito telefonico _____

indirizzo e-mail _____ indirizzo PEC _____

in qualità di:

Richiedente del servizio;

Beneficiario del servizio;

(da compilare solo se si è richiedenti)

per il beneficiario _____

nata/o a _____ prov. di _____ il _____

residente nel Comune di _____ C.A.P. _____ prov. _____

Via _____, numero civico _____,

codice fiscale _____ recapito telefonico _____

indirizzo e-mail _____ indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere ammessa/o a partecipare all'**Avviso Pubblico per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare in favore di soggetti non autosufficienti residenti nei comuni facenti parte dell'ATS di Soverato - Fondo per la Non Autosufficienza - annualità 2019/2020** .

In particolare chiede l'ammissione al seguente servizio di assistenza domiciliare (indicare con una crocetta una sola tipologia di servizio):

- Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani (SADA)** rivolto ad anziani over 65 che si trovano in condizione di parziale o totale non autosufficienza fisica e/o psichica o comunque non più in grado di gestire la propria vita familiare senza aiuto esterno, al fine di consentire loro di permanere al proprio domicilio in condizioni di sicurezza;
- Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili (SADD)** rivolto a minori e adulti fino al compimento dei 65 anni di età con disabilità psico-fisica e sensoriale comunque non in grado di gestire la propria vita familiare senza aiuto esterno, al fine di consentire loro di permanere al proprio domicilio in condizioni di sicurezza.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 dal medesimo D.P.R. n. 445/2000 per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA CHE IL RICHIEDENTE E/O BENEFICIARIO PER IL QUALE SI RICHIEDE IL SERVIZIO:

1. È cittadina/o italiana/o o di uno Stato aderente all'Unione Europea o, per cittadini extra UE, titolare di idoneo e valido permesso di soggiorno;
2. È residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Soverato;
3. È in condizioni di non autosufficienza o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza;
4. Non è ricoverato in una struttura residenziale pubblica o privata;
5. Non è attualmente beneficiario di altri servizi previsti da progetti simili di assistenza e/o di contributi economici erogati dall'ATS, ASP e/o Comuni;
6. Si trova in una delle seguenti condizioni: *(barrare con una X solo la casella corrispondente)*

Condizioni di disabilità

Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92)	<input type="checkbox"/>
Persona portatrice di disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92)	<input type="checkbox"/>
Persona invalida al 100%	<input type="checkbox"/>
Persona con invalidità tra il 74% e il 99%, che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza	<input type="checkbox"/>

Condizioni familiari

Persona che vive da sola	<input type="checkbox"/>
Persona che vive con coniuge o altri familiari non autosufficienti, anziani e/o disabili (allegare certificazioni)	<input type="checkbox"/>
Persona che vive con coniuge o altri familiari autosufficienti	<input type="checkbox"/>

Condizioni Sociali

<i>Sezione mobilità</i>	Autonomo (senza ausili)	<input type="checkbox"/>
	Parzialmente autonomo	<input type="checkbox"/>
	Non autonomo (con carrozzina attiva e/o deambulatore)	<input type="checkbox"/>
<i>Sezione capacità relazionali</i>	Disponibilità di una rete parentale ed amicale non convivente (amici, vicinato, volontariato, altro...)	<input type="checkbox"/>
	Indisponibilità di una rete parentale ed amicale non convivente (nessuno)	<input type="checkbox"/>
<i>Condizione abitativa</i>	L'abitazione risulta vicino ai servizi primari	<input type="checkbox"/>
	L'abitazione è isolata dai servizi primari	<input type="checkbox"/>

Condizioni economiche (I.S.E.E.)

≤ € 9.360,00	<input type="checkbox"/>
Tra € 9.360,01 e € 15.000,00	<input type="checkbox"/>
Tra € 15.000,01 e € 25.000,00	<input type="checkbox"/>
Superiore ad € 25.000,00	<input type="checkbox"/>

Specifica, inoltre, che il Medico di Medicina Generale del beneficiario è la/il Dott.ssa/Dott.

_____ reperibile presso il seguente indirizzo

_____ tel/cell. _____;

E dichiara inoltre di volersi avvalere del seguente ente accreditato per l'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare (*barrare con una sola X la casella corrispondente all'ente accreditato scelto per l'erogazione del servizio richiesto*)

	Ente accreditato	Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani (SADA)	Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili (SADD)
01	ADISS Multiservice Società Cooperativa Sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	ASS. CENTRO PRISMA - Odv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	ASS. ESPERIA - Onlus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	KYOSEI – Società Cooperativa Sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	LIBERAMENTE Società Cooperativa Sociale	<input type="checkbox"/>	-
06	CIVITAS HUMANA -Odv	<input type="checkbox"/>	-
07	SERENO MILLENNIO Società Cooperativa Sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	VILLA DELLA FRATERNITÀ – Fondazione Onlus	<input type="checkbox"/>	-
09	Fondazione CITTA' SOLIDALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	STELLA DEL SUD Società Cooperativa Sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	VITASÌ Cooperativa Sociale Impresa Sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allega alla presente domanda:

- Copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
- Copia della Tessera Sanitaria del richiedente in corso di validità (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
- Copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (ex carta di soggiorno) in corso di validità del beneficiario, qualora si tratti di persona extracomunitaria;
- Copia dell'eventuale provvedimento di nomina all'ufficio di Tutore/Amministratore di Sostegno;

- Copia della certificazione di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92) priva di Omissis, dalla quale si evinca la diagnosi;
- Copia della certificazione di disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92) priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- Copia della certificazione di riconoscimento di invalidità al 100% priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- Copia della certificazione del riconoscimento invalidità tra il 74% e il 99%, che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- Copia attestazione ISEE del nucleo familiare del beneficiario in corso di validità (familiare/socio-sanitario/ristretto);
- Eventuale delega alla presentazione tramite PEC, nel caso in cui l'istanza venga presentata tramite indirizzo PEC non riconducibile al richiedente;
- Altra documentazione sanitaria ritenuta utile ai fini della valutazione:

(descrivere)

Autorizza l'Amministrazione Comunale di Soverato, nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 e D. Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., al trattamento dei dati personali forniti con la presente richiesta, finalizzato agli adempimenti connessi alla procedura di riferimento.

Luogo e data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. n.445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione