

AL COMUNE DI _____

l_ sottoscritt _____ nat_ a _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n° _____

tel _____

(compilare qualora la richiesta pervenga da familiari ovvero persone diverse da quella per la quale si richiede l'attivazione del servizio) in qualità di _____

del Sig. _____, nato il _____ a _____

residente in via _____ tel. _____

C.F. _____

CHIEDE

che _____ possa usufruire del seguente servizio di cura domiciliare per anziani non autosufficienti (*barrare la casella che interessa*):

/// ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE INTEGRATA ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE (ADI);

/// ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE (SAD).

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000, l'Amministrazione Comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione rese, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR n. 445/2000,

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 Soverato
- che la persona per la quale si richiede l'attivazione del servizio:
- ha un'età superiore ai 65 anni;
- versa in una condizione caratterizzata da solitudine ed isolamento per assenza o carenza familiare;
- 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*) _____
- ha un nucleo familiare composto come indicato nella seguente tabella:

Cognome Nome	Data di nascita	Grado di parentela	attività	Eventuale incapacità di prestare assistenza al congiunto per motivi di salute

- ha n° _____ figli non conviventi;
- presenta un reddito complessivo pari a:
 - Reddito ISEE relativo all'anno 2013 _____;
 - Redditi esenti dal pagamento dell'IRPEF _____;
 - Importi corrisposti da persone tenute all'obbligo di assistenza _____;
 - Sussidi erogati dallo Stato o da altri Enti pubblici _____;
 - Sussidi erogati da organismi privati _____;
 - Altri redditi _____;

Allega alla presente:

- ✓ Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia dell'anziano, sia dell'eventuale familiare richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- ✓ Attestato ISEE relativo ai redditi anno 2013 completo della dichiarazione sostitutiva unica riportante la situazione economica dell'intero nucleo familiare;
- ✓ eventuale copia del verbale della Commissione Invalidi Civili;
- ✓ eventuale copia accertamento stato di handicap;
- ✓ altro _____.

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.

Soverato li _____
