Al Comune Capofila di

**POLISTENA**

### *OGGETTO: Istanza per avviso pubblico per l’erogazione di voucher per servizi di cura domiciliare agli anziani non autosufficienti residenti nei comuni facenti parte dell’ambito territoriale sociale di Polistena.*

### Il/La sottoscritto/a ………………………………….... nato/a ………..………………………… (……..) il ……./……/……… residente a …………..………………………….…………………. in via …………………………………..…… n. …….., Codice Fiscale n. …………………… telefono …………………………………cell. ……………………………. in qualità di ……………………………….

**chiede l’ammissione al servizio di assistenza Domiciliare (SAD)**

#### 🞎 per se stesso/a 🞎 per il/la sig.ra

…………………………………………………….. nato/a …………………………… il ……|……|…..

residente in ………………………………. alla Via ……………………….………………… n. ………
Recapito telefonico …………………………………. C.F. …………………………….……………..………..

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 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**

* che il beneficiario è residente e/o domiciliato nel Comune di …………………………, appartenente all’Ambito Territoriale sociale di Polistena;
* di non aver presentato domanda o godere dei servizi previsti da altri fondi sanitari o sociali analoghi;
* che il reddito del nucleo familiare ISEE è di €. …………………………..;
* il nucleo familiare è composto da n. ……. persone come indicato di seguito:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Data di nascita** | **Grado di parentela** | **Attività (Eventuale)** | **Incapacità di prestare assistenza al congiunto per motivi di salute(specificare)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* che la **condizione familiare** del beneficiario è la seguente *(barrare la voce che interessa)*:
* convive con familiari in grado di assisterlo;
* con figli residenti nel Comune;
* con figli non residenti nel Comune;
* vive da solo, privo di supporto familiare;
* convive con familiari portatori di handicap senza ulteriore supporto.
* che presenta il seguente **stato di salute/invalidità**
* Portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 Legge 104/92);
* Portatore di handicap (art. 3, co. 1 Legge 104/92);
* Invalido al 100% in attesa di riconoscimento Legge 104/92;
* Stato malattia attestato dalla scheda di accesso ai servizi (allegato C)

#### ALLEGA alla presente:

* Attestazione ISEE del nucleo familiare dell’utente in corso di validità;
* Copia documento di riconoscimento in corso di validità dell’interessato e/o del richiedente
* Scheda di richiesta di accesso ai servizi socio-sanitari territoriali (Allegato B) compilata dal medico di medicina generale del richiedente su apposito modello dell’ASP di Reggio Calabria scaricabile dal sito http://www.comune.polistena.rc.it o presso gli uffici dei Comuni di Residenza;
* Copia di verbali attestante l’invalidità civile e/o la disabilità;
* Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

#### AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l’espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del Regolamento EU nr. 679/2016 **e** del D. Lgs. 196/2003 “*Codice in materia di protezione dei dati personali*” e ss.mm.ii.

 *(Luogo e data) (Firma leggibile)*

# Spazio riservato per la valutazione della domanda

***PUNTEGGIO REQUISITI:***

## Situazione reddituale: punti \_\_\_\_\_\_\_

* 1. Stato di invalidità: punti \_\_\_\_\_\_\_
	2. Condizione familiare: punti \_\_\_\_\_\_\_
	3. Età: punti \_\_\_\_\_\_\_
	4. Valutazione condizioni socio-ambientali: punti \_\_\_\_\_\_\_

**TOTALE PUNTI \_\_\_\_\_\_\_**