



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N.3

CAPOFILA: COMUNE DI SAN GIOVANNI IN FIORE

ALLEGATO A

Al Responsabile del Servizio 1 – Affari Generali e Servizi Sociali
del Comune di San Giovanni in Fiore
In qualità di Comune Capo Ambito Sociale

OGGETTO: AVVISO ESPLORATIVO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI SOGGETTI DESTINATARI DEGLI INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE – F.N.A. 2017-2018 (senza vincolo connesso all'età)

Il/La sottoscritto/a _____
a nato/a _____ (_____) Il _____
residente a _____ (_____) in via/piazza/ _____
_____ n. _____
Codice Fiscale _____
telefono cell. _____

in qualità di (N.B.) da compilare solo in caso di chi rappresenta l'assistito:			
nato/a _____	Il _____		
residente a _____	in via _____		n. _____
Codice Fiscale _____		telefono cell _____	

CHIEDE di essere informato e contattato per le procedure di accesso alla misura

SPECIFICA

la tipologia di disabilità secondo le seguenti macro-categorie:

- 1) __ **disabilità sensoriale**
- 2) __ **disabilità motorie**
- 3) __ **disabilità intellettive**
- 4) __ **disabilità psichica**

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 è residente nel Comune di: _____ facente parte dell'Ambito Sociale di San Giovanni in Fiore _di voler essere contattato per accedere al servizio e conoscerne le modalità _di non aver presentato domanda o godere dei servizi previsti da altri fondi sanitari o sociali
--

che per l'anno 2022 il reddito del nucleo familiare (ISEE) è di €

che il nucleo familiare è composto dalle seguenti unità:

Cognome e nome	Luogo e nascita	Grado di parentela	Codice fiscale

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 ()
- Altro (specificare) _____

ALLEGA alla presente:

Attestazione ISEE del nucleo familiare dell'utente in corso di validità, ovvero se non in possesso il/la beneficiario/a presenterà propria autodichiarazione resa ai sensi del DPR n. 445/2000 artt. 46 e 47 nella quale dichiarerà il livello di reddito, sempre riferito all'anno 2020, ciò al fine dell'assegnazione del punteggio (condizione reddituale) e al livello di compartecipazione alle spese per l'assistenza che potrà beneficiare. Entro 30 giorni dal rilascio di detta dichiarazione la persona beneficiario/a dell'intervento o chi per essa, dovrà presentare la documentazione ISEE
copia della certificazione dello stato di non autosufficienza
Dichiarazione, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, della situazione finanziaria e patrimoniale relativa all'anno 2022
Autocertificazione di Stato di Famiglia;

Documento di identità in corso di validità.
Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti, di seguito indicata: <hr/> <hr/> <hr/>

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, del D. Lgs. n. 101/2018 e del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i.

(Luogo e data)	(Firma leggibile)
Tel _____	

Spazio riservato al Servizio per la valutazione della domanda

PUNTEGGIO REQUISITI:

Requisiti	Punti
1. Situazione reddituale	
2. Stato di invalidità	
3. Situazione familiare	
4. Età	
5. Valutazione condizioni socio-ambientali	
Totale	

San Giovanni in Fiore li __/__/__

Firma dell'Operatore