



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