



COMUNE DI POLISTENA

CITTA' METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA

“COMUNE - CAPOFILIA AMBITO TERRITORIALE N. 1”

COMUNI DI:

**ANOLA - CANDIDONI - CINQUEFRONDI - FEROLETO DELLA CHIESA - GALATRO - GIFFONE - LAUREANA DI BORRELLO
- MAROPATI - MELICUCCO - SAN GIORGIO MORGETO - SAN PIETRO DI CARIDA' - SERRATA**

UFFICIO DI PIANO

Mod. Domanda FNA2013 under 65

Al Comune di

FONDO REGIONALE NON AUTOSUFFICIENZA

“Progetti integrati per lo sviluppo di servizi a favore delle persone non autosufficienti”

di cui alle DDGR 311-506/2013

SERVIZI A MEZZO VOUCHER

COGNOME

NOME

Il Sig. /a (di seguito indicato RICHIEDENTE)

nato/a a (Prov.) il

codice fiscale residente in:

Via..... Città..... Cap.....

Provincia tel.....

Sesso F M

In caso di rappresentante (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (R) DPR 445/2000):

COGNOME

NOME

il Sig./ a

codice fiscale residente in:

Via..... Città..... Cap.....

Provincia tel.....



COMUNE DI POLISTENA

CITTA' METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA

"COMUNE - CAPOFILA AMBITO TERRITORIALE N. 1"

COMUNI DI:

**ANOLA - CANDIDONI - CINQUEFRONDI - FEROLETO DELLA CHIESA - GALATRO - GIFFONE - LAUREANA DI BORRELLO
- MAROPATI - MELICUCCO - SAN GIORGIO MORGETO - SAN PIETRO DI CARIDA' - SERRATA**

UFFICIO DI PIANO

in qualità di

- rappresentante del richiedente (*genitore, tutore, procuratore, ecc.*)
 persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela

per conto del RICHIEDENTE

CHIEDE

l'accertamento di non autosufficienza e di poter usufruire della seguente forma di assistenza, prescelta fra quelle previste, di cui all'Avviso "**Progetti integrati per lo sviluppo di servizi a favore delle persone non autosufficienti**"

per il seguente servizio (barrare una sola voce):

- ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) DIVERSAMENTE ABILI UNDER 65
 ASSISTENZA DOMICILIARE SEMPLICE (SAD) DIVERSAMENTE ABILI UNDER 65

consapevole che l'assistenza verrà erogata tramite soggetto accreditato, presente nell'apposito Albo del Distretto Socio-sanitario n. 1, utilizzando lo strumento dei voucher;

A TAL FINE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SS.MM.

DICHIARA CHE

IL RICHIEDENTE/BENEFICIARIO PER CUI SI CHIEDE LA PRESTAZIONE:

- è cittadino italiano o U.E.,
oppure
 è cittadino extracomunitario titolare di permesso di soggiorno di lungo periodo CE;
- è in condizione di non autosufficienza, per come riportato nella documentazione allegata;
oppure
 è invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
oppure
 è portatore di handicap grave con riconoscimento di invalidità al 100 % e di indennità di accompagnamento;
- il suo nucleo familiare è composto da n. _____ persone, di cui n. _____ persone che versano in condizioni di non autosufficienza certificata, n. _____ persone che si trovano in stato di inoccupazione o disoccupazione da almeno 12 mesi;



COMUNE DI POLISTENA

CITTA' METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA

"COMUNE - CAPOFILA AMBITO TERRITORIALE N. 1"

COMUNI DI:

**ANOLA - CANDIDONI - CINQUEFRONDI - FEROLETO DELLA CHIESA - GALATRO - GIFFONE - LAUREANA DI BORRELLO
- MAROPATI - MELICUCCO - SAN GIORGIO MORGETO - SAN PIETRO DI CARIDA' - SERRATA**

UFFICIO DI PIANO

- la sua situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore ISEE (indicatore della situazione economica equivalente di cui ai D.Lgs 109/1998 e 130/2000) pari a euro _____, come da allegata certificazione;

di non usufruire di servizi di assistenza residenziale;

di non essere inserito in Centri Diurni a totale carico del Servizio Pubblico.

Allega alla presente :

- scheda SVAMA SANITARIA, compilata dal medico curante (per **servizio ADI**);
- scheda SVAMA SOCIALE, compilata a cura del richiedente con il supporto degli assistenti sociali del PUA attivo presso le sedi di Polistena e Laureana di Borrello (per **servizio SAD**);
- eventuale copia verbale di accertamento di invalidità civile con eventuale indennità di accompagnamento;
- eventuale certificazione di handicap di cui alla legge 104/92 art. 3, comma 3 e copia del verbale di accertamento di invalidità civile con indennità di accompagnamento;
- certificazione ISEE sulla situazione reddituale e patrimoniale (**con relativa dichiarazione sostitutiva**), in corso di validità (**solo in caso di richiesta SAD**);
- copia del permesso di soggiorno per soggiornanti di lungo periodo CE, nel caso di cittadino extracomunitario.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm., che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica per la non autosufficienza.

Il Distretto, tramite i Comuni, effettuerà la verifica anche a campione, delle dichiarazioni dei richiedenti avvalendosi delle informazioni in proprio possesso, nonché di quelle di altri enti della Pubblica Amministrazione, oltre all'eventuale ausilio della Guardia di Finanza per i controlli sostanziali e reddituali dei dati dichiarati.

IL DICHIARANTE

_____ (data)

_____ (firma)

Allegare fotocopia del documento di identità non scaduto