

AL COMUNE DI SOVERIA MANNELLI
tramite il Comune di _____

Il sottoscritt _____ nat a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n° _____
tel. _____ codice fiscale _____
(*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. _____
_____, nat a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n° _____
tel. _____ codice fiscale _____

CHIEDE

che _____ possa usufruire del servizio di cura domiciliare per anziani non autosufficienti: ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE INTEGRATA ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE (ADI);

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

che la persona per la quale si richiede l'attivazione del servizio è in possesso dei seguenti requisiti:
(*Barrare la casella che interessa*)

- è cittadino/a italiano;
- è cittadino/a di uno Stato aderente all'Unione Europea in possesso di attestazione di regolarità di soggiorno;
- è cittadino/a di altro Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di carta o di permesso di soggiorno;
- è residente nel Comune di _____, appartenente al Distretto socio assistenziale di Soveria Mannelli;
- 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 necessità: (*specificare*) _____;
- ha un nucleo familiare composto come indicato nella seguente tabella

Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Attività/Professione	Eventuale incapacità di prestare assistenza al congiunto per motivi di salute (SI/NO)
		BENEFICIARIO		

- presenta un reddito complessivo pari a:

Reddito ISEE relativo all'anno 2014 _____

Allega alla presente: (*Barrare le caselle che interessano*)

- 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 2014 completo della dichiarazione sostitutiva unica riportante la situazione economica dell'intero nucleo familiare (è sufficiente la dichiarazione del CAF attestante l'inoltro della pratica);
- eventuale copia del verbale della Commissione Invalidi Civili;
- eventuale copia accertamento stato di handicap;
- altro _____
- 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 sia 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 sottoscritte, è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria.
- di autorizzare il trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente.

Comune di _____, _____

In fede
