ALL' UFFICIO PROTOCOLLO DEL COMUNE DI

_____

RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA E NON INTEGRATA IN FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ULTRASESSANTACINQUENNI E PERSONE CON DISABILITÀ RESIDENTI NEI COMUNI DELL'AMBITO DI MONTALTO UFFUGO (SERVIZIO ADI E SAD) - TRAMITE IL SISTEMA DEI VOUCHER - FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE (FNA) ANNUALITÀ 2019 e 2020 – CUP: H89I24000510003 (FNA 2019), CUP: H89I24000520003 (FNA 2020)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (___) il _____, e residente in_____ alla via/piazza/vico/c.da_____ _____n._____, C. F._____, tel._____,

CHIEDE L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE:

- **SAD**
- **ADI** (**Dichiara di essere già assistito dal servizio ADI dell'Asp territorialmente competente**)

- Per sé stesso

- Per il/la Sig.ra_____ in qualità di _____ di _____, nato/a a _____ (___) il _____, ed residente in _____ alla via/piazza/vico/c.da _____n. _____, C. F. _____, tel. _____;

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000)

- Che il nucleo familiare destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n. _____ componenti.
- Che non usufruisce di altri servizi di assistenza da parte dell'ATS di Montalto Uffugo o da altri Enti pubblici (es. HCP dell'Inps).
- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio è (barrare la casella interessata):

 persona con invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;

 persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92);

 persona con invalidità dal 74 al 100%;

 persona portatore di handicap (art. 3, co. 1 legge 104/92);

 persona invalida al 100% in attesa del riconoscimento di cui alla legge n. 104/92 (da allegare alla domanda la ricevuta d'inoltro all'INPS).

- Che la situazione relativa al nucleo familiare è la seguente:

 persona che vive sola nel proprio comune di residenza, senza nessun figlio o altri familiari e/o affini;

 persona che vive con coniuge e/o figli o altri familiari non autosufficienti;

 persona che vive sola con figli residenti fuori del Comune e fuori Provincia;

 persona che vive sola con figli residenti fuori del Comune oltre 30 Km;

 persona che vive con coniuge autosufficiente e con figli fuori comune;

 persona che vive sola con figli residenti nel Comune;

 persona che vive con coniuge e con figli nel Comune;

 persona e/o coppia disabile non autosufficiente coabitante con figli o altri familiari e/o affini autosufficienti;

 che non usufruisce di altro intervento pubblico di assistenza similare (Caregiver, Dopo di noi, Home Care Premium,)

- Che il valore dell'ISEE è pari a: €_____

Allega alla presente domanda:

1. Stato di famiglia/ Autocertificazione della composizione del nucleo familiare convivente con l'utente;

2. Copia Verbale Accertamento dell'Invalidità Civile;

3. Copia Verbale Accertamento di Handicap, ai sensi della legge n. 104/92;

4. Attestazione ISEE Sociosanitaria in corso di validità del nucleo familiare convivente con l'utente;

5. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del richiedente e, se diverso, del soggetto per il quale si chiede assistenza;

Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

(Luogo e data) _____, _____

Firma del beneficiario o del familiare _____

AL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N.3
"MEDIA VALLE DEL CRATI" – Capofila Montalto Uffugo

OGGETTO: **DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA E NON INTEGRATA IN FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ULTRASESSANTACINQUENNI E PERSONE CON DISABILITÀ RESIDENTI NEI COMUNI DELL'AMBITO DI MONTALTO UFFUGO (SERVIZIO ADI E SAD) - TRAMITE IL SISTEMA DEI VOUCHER - FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE (FNA) ANNUALITÀ 2019 e 2020 – CUP: H89I24000510003 (FNA 2019), CUP: H89I24000520003 (FNA 2020)**
SCELTA COOPERATIVA ACCREDITATA.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Il _____ residente a _____ in via _____

INDICA

- Per sé stesso
- Per il/la Sig.ra_____in qualità di _____ di _____, nato/a a _____ (___) il _____, ed residente in _____alla via _____ n. _____,

In riferimento al servizio in oggetto, La seguente cooperativa accreditata ai sensi dell' **Art. 14 Regolamento n. 22/2019 (come modificato dal Regolamento n. 18/2022 e n. 10/2023) ed ALLEGATO A al Regolamento - AUTORIZZAZIONE al FUNZIONAMENTO e ACCREDITAMENTO per servizi domiciliari** (barrare con una **X** il soggetto prescelto):

- **Adiss Multi service- Società Cooperativa**
- **Lumen Cooperativa A.R.L.**
- **V.P.B. Società cooperativa sociale**
- **Aquilone Cooperativa Sociale**
- **Leib Societa' Cooperativa**
- **F.A.I. Società Cooperativa Sociale**
- **Futura cooperativa sociale**
- **Vibosalus cooperativa sociale**
- **Siryo Cooperativa Sociale**
- **Socialnet Cooperativa Sociale**

FIRMA

..……..

N.B. Allegare copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità