



COMUNE CAPOFILE: CATANZARO - AMBITO TERRITORIALE DI CATANZARO

(Albi, Amato, Andali, Belcastro, Borgia, Botricello, Caraffa di Catanzaro, Catanzaro, Cerva, Cicala, Cropani, Fossato Serralta, Gimigliano, Magisano, Marcedusa, Marcellinara, Miglierina, Pentone, Petronà, San Floro, San Pietro Apostolo, Sellia, Sellia Marina, Sersale, Settingiano, Simeri Crichi, Sorbo San Basile, Soveria Simeri, Taverna, Tiriolo, Zagarise)

- ANZIANI Ultrasessantacinquenni (SADA - Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani)**
- DISABILI <65 (SADD- Servizio di Assistenza Domiciliare per persone con Disabilità)**

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

il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (*barrare la casella interessata*)

- Non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare o buoni spendibili per acquisire servizi di cura e assistenza erogati dal Servizio di Cure Domiciliari dell'ASP di Catanzaro o da altri Enti;
- Usufruisce dei seguenti servizi di assistenza domiciliare di tipo socio-sanitario e/o socio- assistenziale _____

- il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio ha l'età di _____ anni (compiuti);

- il nucleo familiare del destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n. _____ persone, di cui si allega autocertificazione dello stato di famiglia della persona beneficiaria (Allegato B);

- lo *stato di salute* del beneficiario è il seguente:

- persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92)
- persona invalida: indicare la percentuale di invalidità _____ %
- titolare di indennità di accompagnamento/frequenza

- la persona è titolare della seguente DIAGNOSI

- la *condizione familiare* del beneficiario è la seguente (BARRARE SOLO UNA CASELLA)

SE ANZIANO (SERVIZIO SADA) MAX UNA SOLA SCELTA

- persona che vive sola
- persona che vive con coniuge/convivente e/o figli o altri familiari non autosufficienti
- persona che vive sola con figli residenti fuori Comune
- persona che vive sola con figli residenti nel Comune
- persona che vive con coniuge/convivente e/o con figli o altri familiari autosufficienti

SE PERSONA CON DISABILITÀ (SERVIZIO SADD) MAX UNA SOLA SCELTA

- Persona disabile che vive da sola o con coniuge entrambi disabili, senza figli o altri parenti conviventi
- Persona disabile sola con minori a carico
- Persona disabile che vive sola con figli residenti fuori Comune



COMUNE CAPOFILA: CATANZARO - AMBITO TERRITORIALE DI CATANZARO

(Albi, Amato, Andali, Belcastro, Borgia, Botricello, Caraffa di Catanzaro, Catanzaro, Cerva, Cicala, Cropani, Fossato Serralta, Gimigliano, Magisano, Marcedusa, Marcellinara, Miglierina, Pentone, Petronà, San Floro, San Pietro Apostolo, Sellia, Sellia Marina, Sersale, Settingiano, Simeri Crichi, Sorbo San Basile, Soveria Simeri, Taverna, Tiriolo, Zagarise)

- Persona disabile con coniuge/convivente e senza figli
- Persona disabile con minori a carico con coniuge e/o conviventi
- Persona disabile con coniuge e con figli fuori Comune
- Persona disabile che vive sola e con figli nel Comune
- Persona disabile con coniuge con figli residenti nel Comune
- Persona e/o coppia disabile coabitante con figli e/o parenti autosufficienti

Solo per i **BENEFICIARI MINORENNI** MAX **UNA SOLA SCELTA**

- MINORE disabile che vive con un solo genitore/tutore
- MINORE disabile il cui nucleo familiare presenta 2 o più minori
- MINORE disabile che vive con entrambi i genitori/tutore

Si allega alla presente:

- 1) Autocertificazione del nucleo familiare dell'utente. (Modello B allegato all'avviso pubblico)
- 2) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del richiedente e/o del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;
- 3) Attestazione ISEE in corso di validità del BENEFICIARIO;
- 4) Certificazione sanitaria del Medico di Medicina Generale attestante la condizione medico sanitaria;
- 5) Verbali Commissioni Sanitarie attestante lo stato di disabilità dell'interessato ai sensi della L. 104/1992;
- 6) Certificazione attestante lo stato di invalidità civile dell'interessato almeno del 74%, ai sensi della L. 118/1971 per il servizio SADD (disabili);
- 7) Eventuale copia del provvedimento di tutela/amministrazione di sostegno con copia del documento di riconoscimento della persona esercente tali funzioni, se necessario;
- 8) Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti per come specificato all'art. 7 dell'avviso pubblico.
- 9) Copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in caso di richiedenti extracomunitari
- 10) Altro specificare _____

AUTORIZZA

il Comune di residenza ed il Comune di Catanzaro al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D.lgs 101 del 2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)

La presente sottoscrizione vale anche per accettazione di quanto stabilito nell'Avviso Pubblico in capo al presente allegato per assunzione di responsabilità e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.).



COMUNE CAPOFILA: CATANZARO - AMBITO TERRITORIALE DI CATANZARO

(Albi, Amato, Andali, Belcastro, Borgia, Botricello, Caraffa di Catanzaro, Catanzaro, Cerva, Cicala, Cropani, Fossato Serralta, Gimigliano, Magisano, Marcedusa, Marcellinara, Miglierina, Pentone, Petronà, San Floro, San Pietro Apostolo, Sellia, Sellia Marina, Sersale, Settingiano, Simeri Crichi, Sorbo San Basile, Soveria Simeri, Taverna, Tiriolo, Zagarise)

Il/la sottoscritto/a si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni variazione intervenuta relativamente alle dichiarazioni di cui alla presente istanza ed autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità relative al procedimento in oggetto.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)