Allegato A – Modulo di Domanda

"LA CASA TI ASSISTE"

Progetto innovativo e sperimentale di assistenza domiciliare

Distretto Socio-Sanitario VT4 e Consorzio T.I.N.E.R.I

PNRR- Missione 5 Componente 2 Investimento 1.1.2

Al Comune di_____

Il/la sottoscritto/a .....

Residente in.....

Via/Piazza....., n....., prov. .....

C.F. .....

Tel. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

In qualità di *(barrare la voce che interessa):*

- ❑ persona anziana in situazione di non autosufficienza;
- ❑ tutore/curatore/amministratore di sostegno;

o per conto del il/la Sig./Sig.ra .....
(persona ultrasessantacinquenne in situazione di non autosufficienza);

DICHIARA, per sé o per il proprio assistito:

- di conoscere e accettare le condizioni contenute nell'Avviso pubblico;
- di avere i requisiti per la partecipazione, in particolare:

Allegato A – Modulo di Domanda

- essere persona anziana che ha superato il 65° anno di età;
- essere residente in uno dei Comuni Distretto Socio-sanitario VT4 o del Consorzio T.I.N.E.R.I;
- disporre di *(barrare la voce che interessa):*
  - ❑ una casa di proprietà;
  - ❑ essere residente in un alloggio di edilizia residenziale pubblica;
- essere in condizione di non autosufficienza come definita dalla Tabella allegata al Regolamento ISEE (Allegato B);
- di voler intraprendere un percorso di assistenza domiciliare sperimentale.

CHIEDE

L'ammissione al Progetto Innovativo e sperimentale

"LA CASA TI ASSISTE"

ANAGRAFICA UTENTE

Nome.....Cognome .....

Data di nascita |_____|_____|_____|, nato/a a.....Prov. .....

Codice fiscale .....

N° Tessera Sanitaria .....

Residenza: Città ..... Prov. ..... C.A.P. .....

Via/Piazza .....

Telefono utente |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

E-mail .....

Nazionalità

- ❑ Italiana
- ❑ Comunitaria .....

- ❑ Extracomunitaria .....
- ❑ Permesso di soggiorno: Data inizio permanenza |_____|_____|_____|
  Scadenza |_____|_____|_____|
  Tipo:
- ❑ Permesso di soggiorno U.E. per soggiornanti di lungo periodo.
- ❑ Protezione

Stato civile

- ❑ Celibe/Nubile
- ❑ Coniugato/a
- ❑ Unioni civile
- ❑ Convivente
- ❑ Separato / Divorziato
- ❑ Vedovo/a

Condizione di non autosufficienza ***(indicare una o più delle condizioni sotto descritte)*****:**

Persona in condizione di non auto sufficienza (ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n° 159/2013)

- ❑ Soggetti con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)
- ❑ Ciechi civili assoluti (L. 382/70 – L. 508/88 – L. 138/2001
- ❑ Inabili con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (L. 222/84, art. 5)
- ❑ Invalidi sul lavoro con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (DPR 1124/65 – art. 66)
- ❑ Invalidi sul lavoro con menomazioni dell'integrità psicofisica di cui alla L. 296/2006, art 1, comma 782, punto 4 (con grado superiore al 60%)

Presenza di assistenza alla persona (caregiving):

- ❑ SI
- ❑ NO

Se si, garantita da:

- ❑ caregiver familiare: coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76
- ❑ caregiver familiare: familiare o di un affine entro il secondo grado (figli, genitori, fratelli ecc.)

- ❑ caregiver familiare: un familiare entro il terzo grado
- ❑ assistente familiare retribuito (es. colf, badante, assistente alla persona) dall'interessato o dal nucleo
- ❑ assistenza domiciliare (assistenziale o sociosanitaria o sanitaria) pubblica

Titolarità abitazione:

- ❑ Proprietà
- ❑ Alloggio di Edilizia Pubblica

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

- la concessione del beneficio economico di cui al presente accordo è subordinata alla sottoscrizione di un progetto assistenziale tra le parti che definisce gli obiettivi di sostegno alla domiciliarità, il piano operativo degli interventi e le modalità di verifica;

- l'ufficio di piano del Distretto VT4 e del Consorzio TINERI, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potranno procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

SI IMPEGNA

A comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura di selezione di cui all'Avviso in oggetto.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il beneficiario individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte del Distretto Socio-sanitario VT4 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

o SI o NO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Allegato A – Modulo di Domanda

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti pubblici

LUOGO E DATA _____

FIRMA_____

Si allegano alla domanda i seguenti documenti:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, del beneficiario e del soggetto sottoscrittore, se diverso dall'interessato;
- Eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);
- Verbale di certificazione di non autosufficienza;
- Copia dell'atto di proprietà dell'immobile da riqualificare o assegnazione dell'alloggio ATER;