**Allegato all’Avviso pubblico per l’ammissione al servizio di Assistenza domiciliare socio-assistenziale per anziani non autosufficienti non in ADI/CDI**

**All’Ufficio di Piano**

**Piano Sociale di Zona Ambito S07**

**c/o COMUNE DI TRENTINARA**

**OGGETTO: ISTANZA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI NON IN ADI/CDI (SAD/ADA/ADS anziani).**

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/;

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di essere ammesso al Servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale per anziani non autosufficienti (SAD/ADA/ADS anziani)**

in qualità di beneficiario

 in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(parte da compilare in caso di istanza richiesta da un familiare, convivente, tutore, amministratore o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere art. 4 DPR 445/2000):**

nato/a il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/;

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D. P. R. 445/2000 e s. m. i.,e consapevole delle responsabilità penali previste dal medesimo decreto in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

**DICHIARA**

* di essere in una condizione di non autosufficienza NON GRAVE e comunque non bisognosa di cure sanitarie stabili;
* di essere a conoscenza di dover comunicare tempestivamente al Servizio Sociale del Comune di residenza, per iscritto, ogni variazione relativa alla condizione di salute;
* di aver bisogno delle seguenti prestazioni di assistenza e sostegno domiciliare:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA** altresì,

* di aver preso visione dell’avviso pubblico per l’ammissione al servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale anziani e di tutte le condizioni in esso contenute che con la firma apposta in calce alla presente istanza di ammissione si intendono espressamente accettate e di impegnarsi ad osservarle tutte senza riserva alcuna;
* di aver preso visione del regolamento di compartecipazione al costo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari dell’Ambito S07;
* che il proprio nucleo familiare, intendendo per tale le persone che coabitano, è composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** | **DATA** **DI NASCITA** | **GRADO DI PARENTELA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* l’assenza di aiuti parentali (mancanza totale di parenti tenuti all'assistenza o in grado di provvedere per motivi oggettivi);
* la presenza di difficoltà nell'aiuto parentale (presenza all'interno della famiglia anagrafica di anziani, di minori, di disabili, e di adulti impossibilitati a garantire, per ragioni oggettive, l'assistenza adeguata), nello specifico …………………………………………………………….;
* che il reddito I.S.E.E. del proprio nucleo familiare, riferito all’anno in corso, è di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso della seguente percentuale di invalidità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Si allega:**

* Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del Codice fiscale;
* Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del Codice fiscale del beneficiario se diverso dal richiedente;
* Certificazione I.S.E.E. in corso di validità;
* Certificato d’invalidità e/o legge 104/92;
* Scheda del medico curante (in alternativa al certificato d’invalidità e/o legge 104/92).

Il/La sottoscritto/a autorizza, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/16 al trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente, rilasciati per l’espletamento del servizio di assistenza domiciliare in oggetto.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  **Firma**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_