***Ufficio Servizi Sociali***

***Comune di Priolo Gargallo***

**OGGETTO: ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE AD ANZIANI ULTRASESSANTACINQUENNI NON AUTOSUFFICIENTI.**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

del Comune di Priolo Gargallo , telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Preso atto** dell’avviso relativo al “**SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CON L’ASSISTENZA SANITARIA (ADI) A FAVORE DI ANZIANI ULTRASESSANTACINQUENNI NON AUTOSUFFICIENTI**

**CHIEDE**

Di poter fruire del servizioADI per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti che necessitano di prestazioni sanitarie domiciliari;

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR n.445 del 28/02/2000 e smi.

**DICHIARA**

1. Di essere in possesso dei requisiti richiesti di cui all’Avviso Pubblico, nello specifico:

**ETÁ**

|  |  |
| --- | --- |
| Dal 65° anno compiuto al 70° anno compiuto |  |
| Dal 71° anno compiuto al 75° anno compiuto |  |
| Dal 76° anno compiuto all’80° anno compiuto |  |
| Oltre 80 anni |  |

**GRADO DI SOLITUDINE**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 Componente nucleo familiare |  |
| 2 Componenti nucleo familiare |  |
| 3 o piu’ Componenti nucleo familiare |  |

**PRESENZA DISABILI NEL NUCLEO FAMILIARE**

|  |  |
| --- | --- |
| Numero disabili (oltre il richiedente)nel nucleo familiare con invalidità civile riconosciuta al 100% e/o disabilità riconosciuta legge 104/92 |  |

**GRADO DI INVALIDITA’**

|  |  |
| --- | --- |
| Art. 3 comma 1 della legge 104/92 |  |
| Art. 3 comma 3 della legge 104/92 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Che:
* usufruisce
* non usufruisce

di altri contributi/voucher regionali per disabilità gravissima1. che la famiglia è così composta:
 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | COGNOME e NOME | NATO A | IL |  RAPPORTO FAMILIARE |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |

 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Allega alla presente istanza**

* Documentazione Sanitaria: Verbale di visita medica collegiale rilasciato ai sensi della L. 104/92 ( art. 3 comma 3) attestante lo stato di non autosufficienza.
* Fotocopia documento di riconoscimento.
* ISEE in corso di validità.
* ogni altra documentazione ritenuta utile per una corretta valutazione dei bisogni dell’utente

 (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il sottoscritto è consapevole:**

1. che per il servizio ADI i soggetti titolari di un reddito complessivo superiore ai limiti della gratuità sono tenuti ad una compartecipazione del servizio erogato;
2. che tale quota di compartecipazione al costo del servizio, se dovuta, dovrà essere versata entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo alla fruizione del servizio.

*Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.*

*Dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi del Regolamento U.E. n. 676/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E’ informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del contributo e che l’eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l’impossibilità da parte dell’Ente di dar corso alla domanda.*

*Priolo Gargallo lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Firma*