 ** *LOGO MAZZARINO* ** **

**Allegato 1**

**Al Settore Servizi Sociali**

**del Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OGGETTO: Domanda per il Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani (Rif. Avviso Azione 3 Piano di Zona 2018/2019)**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuale mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445,consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, oltre che delle conseguenze amministrative, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. Di aver preso visione dell’Avviso di cui in oggetto e di accettarne tutte le condizioni in essi contenute, senza riserva alcuna;
2. Che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato la medesima istanza sull’avviso in oggetto;
3. Di possedere i seguenti requisiti di ammissibilità per la richiesta del servizio di assistenza domiciliare:

* essere residente nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* avere un’età non inferiore ai 65 anni, con ridotte capacità di autonomia e/o scarsa capacità organizzativa rispetto alla gestione e cura della propria persona;
* vivere da solo o con un anziano di età non inferiore a 65 anni, o con un portatore di handicap;
* non percepire indennità e/o altre prestazioni assistenziali;

1. di avere un ISEE in corso di validità pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di avere il seguente stato di convivenza personale (barrare la casella in cui ricade il proprio status):

|  |  |
| --- | --- |
| **Familiari di chi richiede l’assistenza domiciliare** | **Barrare con un X la propria posizione personale nelle caselle pertinenti** |
| Figli residenti nello stesso Comune |  |
| Figli residenti altrove |  |
| Coniuge convivente e autosufficiente |  |
| Coniuge convivente ma non autosufficiente (dimostrabile con certificazione di invalidità INPS) |  |
| Senza figli |  |
| Assenza di coniuge convivente |  |
| Punteggio max attribuibile |  |

1. Di avere il seguente grado di invalidità **(NO LEGGE 104/92)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Grado di invalidità** | **Barrare con un X la casella in cui ricade il proprio grado di invalidità** |
| Autosufficiente |  |
| Invalidità da 1 al 50% |  |
| Invalidità da 51 al 74% |  |
| Invalidità da 75 al 90% |  |
| Invalidità dal 91 al 100% |  |
| L’invalidità sarà riconosciuta solo se avallata da certificazioni INPS | |

1. In merito alla presenza di sussidi pubblici e/o servizi assistenziali all’interno del proprio nucleo familiare, il sottoscritto/a attesta che:

|  |  |
| --- | --- |
| **Attestazione presenza o meno di sussidi pubblici all’interno del nucleo familiare** | **Barrare con un X la casella in cui ricade la propria situazione personale in merito all’esistenza di sussidi pubblici** |
| Presenza nel nucleo familiare del richiedente di sussidi pubblici di qualsiasi tipo (invalidità ecc..) |  |
| Assenza nel nucleo familiare del richiedente di sussidi pubblici di qualsiasi tipo (invalidità ecc..) |  |

**Il sottoscritto/a inoltre dichiara espressamente di accettare le previsione dell’art 8 dell’Avviso (tutela della privacy) e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali ai fini della procedura inerente l’avviso in oggetto.**

Allegati alla presente istanza:

1. ISEE in corso di validità;
2. Eventuale certificazione Inps attestante la percentuale di invalidità;
3. Fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Data e luogo Firma richiedente