**Alla c.a. dei Servizi Sociali del Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**afferente l’Ambito Territoriale Sociosanitario C06**

 **OGGETTO : RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE IN FAVORE DI PERSONE DISABILI A VALERE SUL FONDO POVERTA’2020 CUP I31H20000160006 E A VALERE SUL FONDO POVERTA' 2021 - CUP I39G21000160001 - CIG: A04600CB8B**

*(scrivere in maniera leggibile)*

Il /la sottoscritto/a nato/a a ( ) il

C.F. residente a

Indirizzo tel.

cell. e-mail

# CHIEDE

per sé

per proprio familiare/parente interessato (specificare grado di parentela)

in qualità di tutore giuridico della persona interessata o altro (specificare)

 Altro (specificare)

A favore di *(indicare il richiedete beneficiario - solo se diverso dal richiedente già generalizzato):*

Nome e Cognome nato/a a il età residente indirizzo

Codice Fiscale - Recapito Telefonico

 **al servizio al servizio di SAD DISABILI ATS C06**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni ivi indicate.

# DICHIARA

## (Importante - barrare con una sola X la condizione interessata)

Che i dati e le informazioni relative alla persona interessata alla richiesta sono i seguenti:

|  |  |
| --- | --- |
| Disabile che vive solo senza rete parentale |  |
| Disabile con familiari conviventi in stato di non autosufficienza o con problematichesociali/sanitarie opportunamente certificate dagli Enti territorialmente competenti |  |
| Disabile che vive con i familiari |  |

1. **Condizione di disabilità**

|  |  |
| --- | --- |
| l. 104/92 art. 3, comma 3 |  |
| l. 104/92 art. 3, comma 1 |  |
| certificato di invalidità dal 75% al 100% |  |
| certificato di invalidità fino al 74% |  |

**Valore dell’ISEE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Requisito** | **Punteggio** |
| ISEE pari a € 0,0 |  |
| ISEE € 0,01 - € 2.000,00 |  |
| ISEE € 2.000,01- € 4.000,00 |  |
| ISEE € 4.000,01- € 6.000,00 |  |
| ISEE € 6.000,01- € 8.000,00 |  |
| ISEE € 8.000,01- € 10.140,00 |  |

 **DICHIARA, altresì:**

Di rendersi disponibile alla valutazione da parte di personale competente, anche presso il proprio domicilio, e a fornire tutte le informazioni necessarie per la redazione del progetto personalizzato  PAI.

**A tal proposito, dichiara che:**

-**da Certificazione il proprio valore\_\_\_\_\_\_\_\_ ISEE socio-sanitario in corso di validità**

**è** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**;**

**Dichiara, inoltre, di essere consapevole che:**

****

socio-assistenziale e socio- che non può e non potrà essere beneficiario di altra forma di aiuto socio-assistenziale e socio- sanitario, erogato anche da altri            che lo stesso si

sospende, di norma, a far data dal ricovero presso struttura sanitaria, socio-sanitaria o assistenziale a carattere residenziale;

qualora il servizio non venga affidato e pertanto non si realizzi, i richiedenti che hanno presentato domanda non avranno nulla a pretendere.



 a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato;

 a comunicare tempestivamente al proprio Comune di residenza qualsiasi variazione alle informazioni e ai dati contenuti nella presente richiesta.

**Il familiare/parente/delegato di riferimento, contattabile è:**

Nome e Cognome tel. Cell. e-mail

## Allega alla presente:

* + C
	+ Certificazioni sanitarie attestati la patologia ed il livello di gravità (specificare)
	+ Certificato ISEE socio-sanitario, in corso di validità al 31/12/2025;
	+ 

corso di validità del delegato;

* + Copia del provvedimento di tutela/amministrazione di sostegno con copia del documento di riconoscimento della persona esercente tali funzioni, se necessario.

lì, In Fede

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali, ai sensi    e autorizza il Comune di residenza e  

gestionali, ad altri Enti

per gli adempimenti amministrativi e per la valutazione, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie.

lì,

In Fede