

ALLEGATO A

All'ASP AMBITO 9

**MODULO DI DOMANDA PER AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE IN VIA
SPERIMENTALE DI 14 ANZIANI FRAGILI PER LA CONCESSIONE DI SERVIZI SOCIO-
ASSISTENZIALI E ADEGUAMENTO SPAZI ABITATIVI**

Il/la sottoscritto/a

Residente in.....Via/Piazza.....n.....PROV(.....)

C.F.

Tel. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

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

- persona anziana ultrasessantacinquenne in situazione di non autosufficienza o con un grado di invalidità uguale e superiore al 67%
- tutore/curatore/amministratore di sostegno per il/la Sig./Sig.ra
persona ultrasessantacinquenne non autosufficiente o con un grado di invalidità uguale e superiore al 67%

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:
 - persone anziane che hanno superato il 65° anno di età;
 - essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale IX;
 - disporre di una casa di proprietà oppure essere residente in un alloggio di edilizia residenziale pubblica. Per chi richiede solo assistenza domiciliare con una sola dotazione tecnologica (no adeguamento spazi abitativi) saranno valutate anche le istanze di chi vive in una casa non di proprietà;
 - condizione di disabilità media, grave o non autosufficienza come definita dalla Tabella allegata al Regolamento ISEE (Allegato B);
 - vivere da solo ed essere non autosufficiente o con grado di invalidità uguale e superiore al 67% oppure essere una coppia di anziani non autosufficienti o uno dei due abbia un grado

Comune di Monte Roberto Prot. n. 0003646 del 16-04-2024 Cat. 7 Cl. 12 Fa. @43@

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

Persona in condizione di disabilità media

- Invalidi civili ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, invalidi 67>99% (D.lgs. 124/98, art. 5, c.7)
- Sordi Invalidi Civili con cofosi esclusi dalla fornitura protesica (DM 27/8/1999, n. 332)
- Invalidi (L.222/84, artt.1 e 6 – DLgs503/92, art. 1, comma 8)
- Invalidi sul lavoro INAIL 50>79% (DPR 1124/65, art. 66)
- Invalidi sul lavoro 35>59%(D.Lgs 38/2000, art.13 –DM 12/7/2000 –L. 296/2006, art 1, comma 782)
- Inabili alle mansioni (L.379/55, DPR 73/92 e DPR171/2011)
- Invalidi con minorazioni globalmente ascritte alla terza ed alla seconda categoria Tab. A DPR 834/81 (71>80%)

Persona in condizione di disabilità grave

- L. 104/92, art. 3 comma 3
- Inabili totali (L. 118/71, art. 2 e 12)
- Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Inabili 100% (D. Lgs. 124/98, art. 5, comma 7)
- Ciechi civili parziali (L. 382/70 - L. 508/88 – L. 138/2001)
- Sordi pre-linguali, di cui all'art. 50 L. 342/2000)
- Sordi ai sensi L. 381/1970, L. 95/2006 e L. 508/1988
- Inabili (L. 222/84, artt. 2, 6 e 8)
- Invalidi sul lavoro 80 >100% (DPR 1124/65, art. 66)
- Invalidi sul lavoro >59% (D.Lgs 38/2000, art.13 – DM 12/7/2000 – L. 296/2006, art 1, comma 782)

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:

- Di proprietà con mutuo/ senza mutuo
- Alloggio di Edilizia Pubblica (importo mensile)
- Di non proprietà (specificare la tipologia di contratto)

DICHIARA

di aver presentato la dichiarazione sostitutiva unica della situazione economica complessiva del nucleo familiare in data __ / __ / ____ all'Ente¹ _____.
Dal calcolo effettuato dall'Ente¹ _____
attestato in data __ / __ / ____ sulla base della dichiarazione sostitutiva unica, risulta un ISEE in corso di validità di Euro _____, (DPCM n. 159/2013 e s.m.i.).

¹Specificare a quale Ente è stata presentata o attestata la dichiarazione (ad esempio: Comune, Centro di assistenza fiscale – CAF, sede e agenzia INPS)

OPPURE

DICHIARA CHE

l'ISEE socio-sanitario corrente (o ordinario, ove più favorevole) in corso di validità dall'uscita del Bando è di € _____.

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'ASP AMBITO 9, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà 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 dell'ASP AMBITO 9, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

- SI NO

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

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, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori.

LUOGO E DATA _____

FIRMA

Allegati:

- 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 disabilità media, grave o non autosufficienza come definite dalla Tabella allegata al Regolamento ISEE (Allegato B)
- Copia dell'atto di proprietà dell'immobile da riqualificare o copia del contratto di locazione in caso di residenza presso un alloggio di edilizia residenziale pubblica o di qualsiasi altro documento che attesti il tipo di contratto intestato al beneficiario;
- Certificazione ISEE riferita all'ultimo periodo di imposta e in corso di validità