

**AL Consorzio dei Comuni del Cassinate
Per la Programmazione e Gestione
dei Servizi Sociali
TRAMITE IL COMUNE DI**

Il Sottoscritto/a

NOME E COGNOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
Indirizzo di residenza	
telefono	fisso
	cell.
In qualità di	

CHIEDE

La partecipazione AL BANDO PER L'attivazione del servizio di assistenza alle persone totalmente o parzialmente **NON AUTOSUFFICIENTI (LEGGE 20 DEL 2006)**

a favore di :

NOME E COGNOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
Indirizzo di residenza	
telefono	fisso
	cell.

TIPOLOGIA di intervento richiesto :

1. Specifici interventi di assistenza domiciliare integrata sanitaria e sociale per anziani non autosufficienti, allo scopo di evitare il ricovero in strutture residenziali;
2. Servizi di sollievo alla famiglia, per affiancare i familiari che accudiscono la persona non autosufficiente ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro e anche nei periodi di temporanea impossibilità di accudire la persona non autosufficiente;
3. Assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per i soggetti non autosufficienti con patologie cronic-degenerative;
4. Interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente e alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive;
5. Programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta, mediante piani personalizzati, previa verifica del titolo professionale dell'operatore prescelto in relazione alle prestazioni da erogare;
6. Interventi economici straordinari per concorrere ai costi di deistituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, dei disabili non autosufficienti e di qualsiasi altro soggetto non autosufficiente

Il richiedente, inoltre, consapevole che in caso di dichiarazione mendace si applicano le disposizioni del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, oltre che decadere dai benefici eventualmente conseguiti, **dichiara che il nucleo familiare del beneficiario risulta costituito come di seguito:**

||Numero componenti il nucleo familiare

Di cui:

| | Numero componenti **invalidi al 100%** (oltre al destinatario del progetto)

| | Numero di **disabili** (oltre al destinatario del progetto)

N.B. La disabilità o l'invalidità di eventuali altri componenti il nucleo familiare devono essere provate da idonee certificazioni che vanno obbligatoriamente allegate alla seguente domanda

| |Numero **anziani** di età pari o superiore ai **65 anni** (oltre al destinatario del progetto)

||Numero **minori** presenti nel nucleo (oltre al destinatario del progetto)

Reddito ISEE _____

Dichiara, inoltre, che il soggetto, per il quale viene richiesta la partecipazione al bando, attualmente si trova nella seguente condizione :

NON fruisce di alcuna prestazione socio-assistenziale

FRUISCE delle seguenti prestazioni socio-assistenziali :

<input type="checkbox"/>	Assistenza domiciliare del consorzio o comunale
<input type="checkbox"/>	Fruizione ass. dom. (anche in forma di educatori) ai sensi della legge 162/98, o di rimborsi economici riferiti alla stessa
<input type="checkbox"/>	Fruizione ass. dom. (anche in forma di educatori) ai sensi della legge 20/2006 sulla non autosufficienza, o di rimborsi economici riferiti alla stessa
<input type="checkbox"/>	Fruizione del servizio mensa sociale erogato dal consorzio
<input type="checkbox"/>	Fruizione servizio di telesoccorso
<input type="checkbox"/>	Frequenza centri diurni, o socio-educativi consortili, comunali, della AUSL o Privati convenzionati con la AUSL
<input type="checkbox"/>	Fruizione del servizio C.A.D. della AUSL

(barrare con una X il numero della voce o delle voci che interessano)

NON fruisce di sostegni economici a livello pubblico ai fini assistenziali e/o risarcitori di danni sulla salute.

FRUISCE dei seguenti sostegni economici erogati a livello pubblico ai fini assistenziali e/o risarcitori di danni sulla salute:

<input type="checkbox"/>	Indennità di accompagnamento
<input type="checkbox"/>	Rendite INAIL
<input type="checkbox"/>	Sussidi economici erogati da Enti Locali o dalla Ausl in via continuativa (indennità di frequenza e similari)

(barrare con una X il numero della voce o delle voci che interessano)

Si allega alla presente :

1. **Certificazione** attestante la condizione di **NON** autosufficienza rilasciata da Apposita Commissione AUSL, quale :
 - Verbale di disabilità ai sensi dell' art. 3 legge 104/92 comma 1 o 3**
 - Verbale di invalidità pari al 100% con o senza accompagnamento**
oppure
 - Ambedue i verbali di cui sopra**
2. **MODELLO ISEE** del nucleo familiare di appartenenza
3. **Stato di famiglia e certificato di residenza** del destinatario del progetto
4. **altra certificazione attestante la eventuale disabilità o invalidità** di altri componenti il nucleo familiare oltre al destinatario del progetto

Il Sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi della Legge 675/1996 e succ. D.Lgs. n° 196 del 30.06.2003

Data _____

Il Richiedente o chi ne fa le veci

Spazio riservato agli uffici comunali

LA RICHIESTA PUO' ESSERE AMMESSA

LA RICHIESTA NON PUO' ESSERE AMMESSA PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI:

L'ammissibilità della richiesta è stata curata dal
sig./ra: _____

Ruolo professionale svolto all'interno DEL COMUNE:

Spazio riservato agli uffici consortili

SI CONFERMA L'AMMISSIONE DELLA RICHIESTA

NON SI CONFERMA L'AMMISSIONE DELLA RICHIESTA PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI:

L'ammissione della richiesta è stata curata dal
sig./ra: _____

Ruolo professionale svolto all'interno del Consorzio per i Servizi Sociali:
