AL COMUNE DI COMISO

pec: protocollo@pec.comune.comiso.rg.it

c.a. Area 7

DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DEL PIANO DI ZONA – DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 43 – AZIONE 3: ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI E SERVIZI DI PROSSIMITA'

Il/La sottoscritto/a *(compilare con i dati del richiedente o di chi presenta la domanda per suo conto)*:

- **Cognome e Nome:** _____
- **Nato/a a:** _____ **il:** _____
- **Codice Fiscale:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
- **Residente a:** _____
- **Via/Piazza:** _____ **n.** ____
- **Telefono / Cellulare:** _____
- **Email / PEC:** _____

In qualità di:

- [ ] Diretto interessato (beneficiario del servizio)
- [ ] Familiare / Caregiver *(specificare grado di parentela: _____)*
- [ ] Amministratore di Sostegno / Tutore / Curatore *(allegare copia del decreto di nomina)*

(Compilare i campi seguenti SOLO se la domanda è presentata da un familiare/tutore per conto del beneficiario)

IN FAVORE DEL BENEFICIARIO:

- **Cognome e Nome:** _____
- **Nato/a a:** _____ **il:** _____

- **Codice Fiscale:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

- **Residente a:** _____

  Via/Piazza: _____ **n.** ____

- **Domiciliato presso (se diverso dalla residenza):**

  _____

CHIEDE

l'ammissione al **Servizio di Assistenza Domiciliare e Servizi di Prossimità** finanziato a valere sul Piano di Zona 2021 del Distretto socio-sanitario n. 43, secondo le modalità previste dall'Avviso Pubblico e nella scheda progettuale.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci o falsità in atti, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

1. che il beneficiario è residente nel Comune di _____ ed ha un'età anagrafica pari o superiore a 65 anni;

2. che il beneficiario non è ricoverato in via definitiva presso strutture residenziali socio-sanitarie o assistenziali (RSA, case di riposo, comunità alloggio);

3. **Situazione economica (ISEE**):

   - che il valore dell'attestazione ISEE in corso di validità (Protocollo INPS-ISEE-_____ del //_____) è pari a **€** _____;

   - *(ovvero)* [ ] di non essere al momento in possesso di attestazione ISEE in corso di validità e di impegnarsi a produrla entro ____ giorni dalla presentazione della presente istanza;

4. **Assetto familiare e rete di supporto** *(barrare la voce corrispondente alla situazione reale del nucleo)*:

   - [ ] Anziano che vive solo, privo di rete familiare di supporto nel territorio comunale

   - [ ] Anziano convivente esclusivamente con coniuge o altro familiare anch'esso anziano (età pari o superiore a 65 anni), disabile o con ridotta autonomia

   - [ ] Anziano che vive solo, con rete familiare presente ma impossibilitata a garantire supporto quotidiano continuativo *(specificare: _____)*

   - [ ] Anziano inserito in nucleo familiare con altri componenti adulti *(indicare composizione del nucleo:* _____

5. **Condizione sanitaria e livello di autonomia** *(barrare le voci che ricorrono e allegare relativa documentazione)*:

- [ ] Invalidità civile riconosciuta nella misura del _____%
- [ ] Titolare di indennità di accompagnamento (Legge n. 18/1980)
- [ ] Persona in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992
- [ ] Persona con handicap ai sensi dell'art. 3, comma 1, della Legge n. 104/1992
- [ ] Persona anziana fragile con limitazioni nell'autonomia personale e/o domestica documentate da certificazione medica

6. **Posizione rispetto al servizio:**
   - [ ] È **già utente in carico** al Servizio di Assistenza Domiciliare del Comune di [Nome del Comune] *(ai fini della continuità assistenziale di cui all'art. 2 dell'Avviso Pubblico)*
   - [ ] È **nuovo richiedente** *(ai fini dell'istruttoria e dell'inserimento nella graduatoria permanente di cui agli artt. 3 e 5 dell'Avviso Pubblico)*
7. **Fruizione di altri servizi o contributi:**
   - [ ] Non beneficia di altri servizi domiciliari o contributi assistenziali incompatibili con il SAD
   - [ ] Beneficia attualmente dei seguenti servizi/interventi: _____

PRESA D'ATTO DELLE MODALITÀ DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'Avviso Pubblico e prende atto che:

- l'istanza sarà istruita dall'Ufficio Servizi Sociali secondo l'ordine cronologico di presentazione al protocollo con attribuzione del punteggio previsto dall'art. 5 dell'Avviso medesimo;
- i nuovi inserimenti avverranno progressivamente al manifestarsi di risorse finanziarie disponibili, ferma restando la priorità riconosciuta alla continuità assistenziale per i cittadini già in carico;
- al momento dell'effettiva ammissione al beneficio e dell'inserimento nel servizio, presso l'Ufficio Servizi Sociali, verrà esercitato il diritto di libera scelta dell'Ente del Terzo Settore accreditato tra quelli iscritti nell'apposito elenco vigente e saranno concordate modalità, frequenza e monte ore delle prestazioni.

ALLEGATI ALLA DOMANDA

(Barrare i documenti allegati)

- [ ] Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore (e del beneficiario, se diverso)
- [ ] Copia dell'attestazione ISEE in corso di validità
- [ ] Copia del verbale di invalidità civile / Legge n. 104/1992 / certificazione medica attestante la condizione di fragilità

- [ ] Copia del decreto di nomina di Amministratore di Sostegno / Tutore / Curatore *(se ricorre il caso)*

Altro: _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 REG. UE 2016/679 – GDPR)

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali e particolari (relativi allo stato di salute e alla situazione socio-economica) conferiti con la presente domanda saranno trattati dal Comune di Comiso, in qualità di Titolare del trattamento, esclusivamente per l'istruttoria, l'erogazione, il monitoraggio e la rendicontazione del Servizio di Assistenza Domiciliare e potranno essere comunicati all'Ente Finanziatore nonché all'Ente del Terzo Settore accreditato che verrà prescelto all'atto dell'attivazione del servizio.

Luogo e data: _____,

Firma del Richiedente / Dichiarante
(Firma leggibile)

_____