

MODULO DI DOMANDA (AILA)

Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”, Investimento 1.1 – Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, linea 1.1.2 “Autonomia degli anziani non autosufficienti” – CUP: B94H22000220006

AL COMUNE DI LICODIA EUBEA

pec comune.licodiaeubea.ct@pec.it

OGGETTO: domanda di accesso a servizi di assistenza domiciliare anziani e tele assistenza ad anziani in condizione di non autosufficienza, disagio, isolamento, per un massimo di n. 100 beneficiari

Il/la sottoscritto/a:

Nome..... Cognome.....

Nato/a a..... Prov.Data di nascita |__|_|_|

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Stato Civile.....

Residenza:..... Città..... Via.....

C.A.P.....Prov.....

Telefono Email

DICHIARA DI:

- Conoscere e accettare le condizioni contenute nell’Avviso pubblico;
- Avere i requisiti per la partecipazione, in particolare:
- Essere persona anziana che ha superato il 65° anno di età;
- Essere residente nel Comune di....., facente parte del Distretto Socio Sanitario n. 13;
- Di risiedere in una casa di proprietà o in una casa in affitto con scadenza successiva al 31/03/2026;
- Essere in condizione di (barrare una casella)
 - disabilità grave, non autosufficienza come definita dalla Tabella allegata al Regolamento ISEE (Allegato C) , certificata dall’apposita commissione;
 - non autosufficienza, nei casi di disabilità recente, certificata dal medico di medicina generale completa di scheda multidimensionale;

- ridotta autonomia certificata dal medico di medicina generale;
- Manifestare la volontà di intraprendere un percorso di “assistenza domiciliare” sperimentale.

In caso di condizione di non autosufficienza, persona in condizione di disabilità grave (ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n° 159/2013), certificata dall'apposita commissione , (indicare una o più delle condizioni sotto descritte)

- 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)

In caso di condizione di non autosufficienza (ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n° 159/2013), certificata dall'apposita commissione (indicare una o più delle condizioni sotto descritte):

- 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%).

Situazione economica

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

Il beneficiario dichiara di:

- Vivere solo\

- Vivere con il coniuge anch'esso non autosufficiente e/o con un familiare in condizione di non autosufficienza certificata;
- Vivere con il coniuge o altro familiare autosufficiente.

INOLTRE DICHIARA

Di accettare di sperimentare il progetto presso il gruppo appartamento messo a disposizione dal Distretto Socio Sanitario n. 13:

- SI
- NO

La 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.

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

- La concessione del servizio di cui al presente avviso 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, il rilascio delle necessarie autorizzazioni e il consenso ai necessari sopralluoghi;
- L'Ufficio Piano del Distretto Socio Sanitario n. 13 , 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 del Distretto Socio Sanitario n. 13 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> 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 _____

Data _____

Firma _____

Allegati:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- Verbale di certificazione di disabilità grave o non autosufficienza o, in alternativa nei casi di gravità recente, certificato di non auto-sufficienza rilasciato dal medico di medicina generale completa di scheda multi-dimensionale o, ancora in alternativa, certificato di ridotta autonomia rilasciato dal medico di medicina generale;
- Autocertificazione di risiedere in una casa di proprietà o in affitto con scadenza successiva al 31/03/2026 su cui effettuare gli interventi;
- Autocertificazione ISEE in corso di validità.