



COMUNE DI LICODIA EUBEA

CITTA' METROPOLITANA DI CATANIA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Tel. 0933801961

Email: servizisociali@comune.licodiaeubea.ct.it

Pec.: comune.licodiaeubea.ct@pec.it

Al Comune di Licodia Eubea
Ufficio Servizi Sociali

ALLEGATO B

DOMANDA DI CENSIMENTO

Per l'inserimento nel censimento dei cittadini potenzialmente destinatari del progetto di assistenza domiciliare per anziani, finalizzato alla successiva valutazione del grado di fragilità e all'eventuale presa in carico

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

nato/a a _____

il _____

codice fiscale _____

residente in

via/piazza e n.

telefono

cellulare

e-mail

PEC

in qualità di:

interessato/a familiare convivente familiare non convivente

tutore / curatore / amministratore di sostegno caregiver informale altro

del/la sig./sig.ra:

Cognome _____

Nome _____

nato/a a _____

il _____

codice fiscale _____

residente in Licodia Eubea, via/piazza e n. _____

telefono _____

cellulare _____

CHIEDE

l'inserimento del/la suddetto/a beneficiario/a nel censimento dei cittadini potenzialmente destinatari del progetto di assistenza domiciliare per anziani, finalizzato alla successiva valutazione del grado di fragilità e all'eventuale presa in carico, secondo quanto previsto dall'Avviso pubblico del Comune di Licodia Eubea.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara di essere consapevole che costituisce requisito minimo per l'inserimento nel pre-censimento il possesso dell'età minima prevista dall'Avviso, pari a 65 anni per gli uomini e 60 anni per le donne.

DICHIARA

SEZIONE A – DATI DEL BENEFICIARIO

Requisito anagrafico minimo previsto dall'Avviso

Il/la sottoscritto/a dichiara che il beneficiario è in possesso del requisito anagrafico minimo previsto dall'Avviso pubblico, in quanto:

uomo di età pari o superiore a 65 anni donna di età pari o superiore a 60 anni

Il/la sottoscritto/a è consapevole che il mancato possesso del requisito anagrafico minimo comporta la non ammissibilità della domanda.

1. Stato civile

celibe/nubile coniugato/a vedovo/a separato/a divorziato/a altro

2. Sesso

M F altro / non indicato

3. Nazionalità

4. Titolo di studio

nessuno licenza elementare licenza media diploma laurea altro

5. Il beneficiario vive:

da solo/a con coniuge con figli con altri familiari

con assistente familiare / badante altro _____



COMUNE DI LICODIA EUBEA

CITTA' METROPOLITANA DI CATANIA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

SEZIONE B – NUCLEO FAMILIARE E RETE DI SUPPORTO

Composizione del nucleo familiare convivente

N.	Cognome e nome	Data di nascita	Relazione con il beneficiario	Convivente
1				
2				
3				
4				

Presenza di rete familiare o amicale di supporto:

assente limitata adeguata continuativa

Specificare chi presta supporto abituale

Presenza di caregiver:

no sì, familiare sì, badante regolarmente assunta sì, altra figura di supporto

Nominativo caregiver / persona di riferimento

Telefono _____

Rapporto con il beneficiario

SEZIONE C – CONDIZIONE ABITATIVA

Il beneficiario abita in:

abitazione di proprietà abitazione in locazione abitazione di familiare altro

Nell'abitazione sono presenti barriere architettoniche?

no sì

Se sì, specificare

Piano dell'abitazione:

piano terra primo piano altro _____

Ascensore:

sì no

SEZIONE D – CONDIZIONE SOCIALE E DI FRAGILITÀ

Il beneficiario si trova, allo stato, in una o più delle seguenti condizioni:

vive solo/a presenta difficoltà nella gestione della vita quotidiana presenta ridotta autonomia personale

presenta isolamento sociale / relazionale è privo/a di adeguata rete familiare di supporto

vive in condizione di disagio economico necessita di supporto nelle attività domestiche

necessita di accompagnamento o supervisione altra condizione di fragilità _____

Specificare

SEZIONE E – CONDIZIONE SANITARIA E NON AUTOSUFFICIENZA

Il beneficiario:

è autosufficiente è parzialmente non autosufficiente è non autosufficiente la condizione è in corso di valutazione

Sono presenti patologie rilevanti o condizioni sanitarie croniche?

no sì

Se sì, specificare sinteticamente

Sono presenti certificazioni / riconoscimenti sanitari?

invalidità civile legge 104/1992 indennità di accompagnamento

altra certificazione sanitaria nessuna non disponibile al momento

Eventuale percentuale di invalidità

Il beneficiario ha difficoltà in una o più delle seguenti attività:

igiene personale vestizione alimentazione deambulazione

assunzione farmaci preparazione pasti pulizia della casa

gestione commissioni / acquisti orientamento / relazione altro _____

SEZIONE F – SERVIZI GIÀ ATTIVI

Il beneficiario usufruisce attualmente dei seguenti servizi:

nessuno assistenza domiciliare comunale ADI / assistenza domiciliare integrata

assistenza infermieristica servizio pasti a domicilio telesoccorso / teleassistenza

centro diurno supporto economico / assegni di cura assistente familiare privata

altro _____

Specificare eventuale ente erogatore / servizio attivo

SEZIONE G – CONDIZIONE ECONOMICA

È disponibile attestazione ISEE in corso di validità?

sì no in corso di rilascio

Valore ISEE, se disponibile: €



COMUNE DI LICODIA EUBEA

CITTA' METROPOLITANA DI CATANIA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

mi impegno a produrre l'ISEE nella successiva fase istruttoria, se richiesto non sono al momento in possesso dell'attestazione ISEE

SEZIONE H – BISOGNO ESPRESSO E SUPPORTO RICHIESTO

Il beneficiario necessita principalmente di supporto per:

cura della persona igiene personale governo della casa preparazione / somministrazione pasti

accompagnamento e disbrigo pratiche contrasto alla solitudine / sostegno relazionale

monitoraggio della situazione di fragilità supporto al caregiver altro _____

Descrizione sintetica del bisogno

Urgenza percepita della situazione:

bassa media alta molto alta

Motivazione dell'urgenza, se presente

SEZIONE I – DISPONIBILITÀ ALLA SUCCESSIVA VALUTAZIONE

sono disponibile a eventuale colloquio con il Servizio Sociale Comunale

sono disponibile a eventuale visita domiciliare, ove ritenuta necessaria

mi impegno a produrre documentazione integrativa su richiesta del Comune

sono consapevole che la presente domanda ha finalità di pre-censimento e non comporta l'automatica ammissione al servizio

SEZIONE L – DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE

1. che tutte le informazioni riportate nella presente domanda corrispondono al vero;

2. di essere consapevole che il Comune potrà effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;

3. di aver preso visione dell'Avviso pubblico;

4. di essere consapevole che la presentazione della presente domanda non attribuisce alcun diritto automatico all'erogazione del servizio e consente esclusivamente l'inserimento nella fase di pre-censimento;

5. di autorizzare il Comune a contattare il beneficiario e/o il referente indicato per le successive fasi del procedimento;
6. di essere consapevole che il mancato possesso dei requisiti minimi anagrafici previsti dall'Avviso comporta la non ammissibilità della domanda.

SEZIONE M – ALLEGATI

- copia documento di identità del beneficiario
- copia documento di identità del richiedente, se diverso dal beneficiario
- delega / dichiarazione del rapporto con il beneficiario
- eventuale provvedimento di tutela / curatela / amministrazione di sostegno
- eventuale documentazione sanitaria già disponibile
- eventuale attestazione ISEE
- informativa privacy sottoscritta
- altro _____

RECAPITO PER LE COMUNICAZIONI

Le comunicazioni relative al presente procedimento dovranno essere inviate a:

- beneficiario richiedente referente familiare / caregiver

Nominativo _____

Telefono _____

E-mail / PEC _____

Luogo e data

Licodia Eubea / _____, ___ / ___ / _____

Firma del beneficiario _____

Firma del richiedente (se diverso dal beneficiario) _____

IN CASO DI IMPEDIMENTO ALLA FIRMA DEL BENEFICIARIO

Il/la sottoscritto/a

in qualità di:

- familiare tutore / curatore / amministratore di sostegno caregiver altro

_____ dichiara che il beneficiario è impossibilitato a sottoscrivere la presente domanda per il seguente motivo _____

_____ Firma del dichiarante _____