

Ambito Socio Territoriale n. 8
“Metapontino Collina Materana”
(Comuni di: Accettura, Aliano, Cirigliano, Colobraro, Craco, Gorgoglione,
Montalbano Jonico, Nova Siri, Pisticci, Policoro, Rotondella, San Giorgio Lucano,
San Mauro Forte, Scanzano Jonico, Stigliano, Tursi, Valsinni)

AL SERVIZIO SOCIALE

DEL COMUNE DI _____

**DOMANDA PER LA FRUIZIONE DI SERVIZI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA’
E DELL’AUTOGOVERNO PER PERSONE CON LIMITAZIONI NELL’AUTONOMIA
(D.G.R. 175/2018).**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ () il
_____ e residente in _____ () alla Via _____
nr. _____, Codice Fiscale _____, Telefono _____, Stato Civile
_____.

Eventuale persona di riferimento Sig./Sig.ra _____, Telefono
_____ in qualità di _____ domiciliato/a a
_____ () alla Via _____ nr. _____.

CHIEDE

L’ammissione alla fruizione dei benefici previsti dalla D.G.R. nr. 175 del 26.02.2018, e, a tale fine, sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci previste ex art. 76 del medesimo D.P.R.,

DICHIARA

- Che il proprio nucleo familiare è costituito dai seguenti componenti:

N. componenti _____ di cui N. _____ disabili

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Codice fiscale	Relazione di parentela con il richiedente	Condizione di disabilità (SI/NO)

- Di trovarsi in condizioni di particolare vulnerabilità e fragilità socio-economica;
- Di avere compiuto il 75° anno di età;
- Di vivere nel proprio domicilio;
- Di avere un'accertata (a cura del Medico di Medicina Generale) compromissione funzionale
 - cognitiva lieve che può pregiudicare la cura di sé, dell'ambiente domestico e provocare solitudine relazionale;
- Che il proprio nucleo familiare è in possesso di un valore I.S.E.E. in corso di validità pari ad Euro _____;
- Di non essere già destinatario di altri servizi, fra cui in particolare la frequenza sistematica e continuativa di servizi a carattere socio-sanitario (Centro Diurno, Assistenza Domiciliare, Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), Assegno di cura, ecc.);
- Che il proprio nucleo familiare è beneficiario delle seguenti misure di accompagnamento o contributi assistenziali:
 - ☐ Reddito Minimo di Inserimento (R.M.I.);
 - ☐ Reddito di inclusione (R.E.I.)
 - ☐ Sostegno per l'Inclusione Attiva (S.I.A.)
 - ☐ Indennità di accompagnamento;
 - ☐ Assegno di invalidità/Indennità di frequenza;
 - ☐ Pensione di anzianità
 - ☐ Altri benefici assistenziali (contributi economici erogati dal Comune, esenzione dal pagamento delle tariffe dei servizi pubblici, contributi per talassemici e nefropatici, ecc.);

Specificare _____

Allega alla presente:

- *Certificazione I.S.E.E. in corso di validità;*
- *Copia del proprio documento di identità in corso di validità.*

_____, lì _____

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Acconsento ai sensi del D.Lgs. 196/2003 al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali ad opera dei soggetti legittimati relativamente a quanto necessario ai fini della procedura.

_____, lì _____

Firma
