DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 1 (D.G.R. 311/2013 - DG.R. 506/2013)

Progetto Assistenza Domiciliare Disabili Gravissimi

Comuni di Cirò Marina, Carfizzi, Casabona, Cirò, Crucoli, Melissa, Pallagorio, San Nicola dell'Alto, Strongoli, Umbriatico, Verzino

DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO

Al Comune di_____

Il beneficiario			
Nato/a		Prov.	il
C.F.		Residenza	
Via, nr		CAP	
Domicilio (se diverso dalla residenza)			

In caso di impedimento anche temporaneo del beneficiario, a sottoscrivere la presente (art. 4 DPR 445/2000) è

Sign/Sig.ra		C.F.	
Residenza		Via	
CAP		Tel	
In qualità di (specificare)			

CHIEDE

L'ammissione al servizio di assistenza domiciliare per disabili gravissimi di seguito contrassegnate:

- o Prestazioni di cura della persona;
- o Prestazioni di cura dell'ambiente di vita;
- o Prestazioni di sostegno alla relazione.

A tal fine, ai sensi dell'artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28 .12.2000, n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

A) che il beneficiario risulta:

- o titolare di indennità di accompagnamento;
- o persona in situazione di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;
- o beneficiario di altri servizi erogati dal Comune o da altro Ente pubblico/privato (_____);

B) che il beneficiario risulta nelle seguenti condizioni di fragilità sociale:

- o presenza nel nucleo familiare, oltre il beneficiario, di altro componente disabile, con riduzione della capacita di autonomia in misura non inferiore ai 2/3 (66%);
- o persona sola priva di rete parentale, ai sensi dell'art. 433 del c.c. con presenza di care giver private (persona che si prende cura) regolarmente assunto;
- o persona sola con rete parentale, ai sensi dell'art. 433 del c.c. residente in altro Comune;

- persona sola con rete parentale, ai sensi dell'art. 433 del c.c., residente nel Comune;
- persona nel nucleo familiare di altro componente adulto care giver.

C) che il valore ISEE del nucleo familiare del beneficiario riferito all'anno precedente a quello di presentazione della domanda ammonta ad € _____ ;

D) che il reddito personale del beneficiario a qualsiasi titolo percepito riferito all'anno precedente a quello di presentazione della domanda ammonta ad €_____;

Inoltre, qualora la presente richiesta sia valutata positivamente

SI IMPEGNA

- a sottoscrivere, previa sua condivisione, il progetto assistenziale individuale (PAI) predisposto a seguito di valutazione;
- a comunicare tempestivamente per iscritto, agli uffici competenti, ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

AUTORIZZA

Gli Uffici del Distretto Socio assistenziale n.1 deputati all'attivazione dei Servizi:

- al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 196/2003 "Codice in materia dei dati personali " e successive integrazioni;
- alla visita domiciliare dell'assistente sociale assegnato al caso, qualora necessaria al perfezionamento del procedimento istruttorio;
- alla rilevazione di tutti i dati necessari alla valutazione multidimensionale (scheda di valutazione sociale) da parte di tutti gli operatori ad ogni titolo coinvolti nell'esame della presente istanza.

ALLEGA:

- dichiarazione e attestazione ISEE riguardante la famiglia anagrafica;
- autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario;
- certificazione attestante l'invalidità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- decreto di tutela o di curatela o di amministratore di sostegno;
- relazione clinica aggiornata, redatta da specialista di struttura pubblica inerente la patologia, dalla quale si evincono i bisogni della persona con disabilità in termini clinico-riabilitativi e attestanti la condizione di dipendenza vitale;
- documento di identità del disabile e del richiedente;
- altre certificazioni mediche ritenute utili, da parte dell'utente, per l'attivazione del servizio;
- autocertificazione del richiedente che attesti che i documenti sono conformi all'originale.

Luogo e Data

_____

Firma

_____