



COMUNE DI MELITO DI PORTO SALVO

Città Metropolitana di Reggio Calabria

Comune Capofila dell'AMBITO TERRITORIALE

Comuni di: Bagaladi, Bova, Bova Marina, Cardeto, Condofuri, Montebello Jonico, Motta San Giovanni, Roccaforte del Greco, Roghudi, San Lorenzo

DOMANDA

PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI CURE DOMICILIARI RIVOLTE AI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

Al Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____ (RC),
via _____ n. _____, CAP _____ in qualità di:

- Richiedente quale beneficiario diretto
oppure
- _____(specificare titolo in base al quale si chiede la
prestazione in nome e per conto di altro soggetto)

CHIEDE

- di usufruire direttamente del seguente servizio:
oppure
- che il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____ (RC),
via _____ n. _____ CAP _____ servizio:
- ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE INTEGRATA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE (ADI)**
- ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE (SAD)**

a tal fine

DICHIARA

- di essere in possesso dei seguenti requisiti (barrare la casella corrispondente):



COMUNE DI MELITO DI PORTO SALVO

Città Metropolitana di Reggio Calabria

Comune Capofila dell'AMBITO TERRITORIALE

Comuni di: *Bagaladi, Bova, Bova Marina, Cardeto, Condofuri, Montebello Jonico, Motta San Giovanni, Roccaforte del Greco, Roghudi, San Lorenzo*

oppure

che il soggetto per il quale si richiede la prestazione è in possesso dei seguenti requisiti (barrare la casella corrispondente):

- cittadinanza italiana, (cittadinanza di altro Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di carta o di permesso di soggiorno);
- residenza nel Comune di _____ (RC), appartenente all'Ambito Territoriale di Melito di Porto Salvo;
- condizione caratterizzata da solitudine ed isolamento per assenza o carenza familiare;
- stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza: *(specificare se allettato)* _____;
- stati particolari di bisogno e di necessità: *(specificare)* _____;
- nucleo familiare composto come indicato nella seguente tabella:

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Attività (Eventuale)	Incapacità di prestare assistenza al congiunto per motivi di salute (specificare)

Età:

- Anni da 0 a 64;
- Anni da 65 a 75;
- Anni da 76 ad 80;
- Anni da 81 a 85;
- Anni oltre 86.



COMUNE DI MELITO DI PORTO SALVO

Città Metropolitana di Reggio Calabria

Comune Capofila dell'AMBITO TERRITORIALE

Comuni di: *Bagaladi, Bova, Bova Marina, Cardeto, Condofuri, Montebello Jonico, Motta San Giovanni, Roccaforte del Greco, Roghudi, San Lorenzo*

Situazione familiare I:

- Anziano/a residente solo/a;
- Coppia anziana senza altri conviventi;
- Anziano/a con 1 familiare convivente;
- Anziano/a con 2 familiari conviventi;
- Anziano/a con 3 o più familiari conviventi;

Situazione familiare II:

- Anziano senza figli;
- Anziano con 1 figlio NON convivente;
- Anziani con 2 figli NON conviventi;
- Anziani con più di 2 figli NON conviventi.

- Condizione di inabilità / non autosufficienza**

Situazione reddituale (per le prestazioni in SAD)

- Valore ISEE:** _____;

Si allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia dell'anziano, sia dell'eventuale familiare richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- Certificato del medico curante;
- SVAMA SANITARIA rilasciata dal medico curante;
- Scheda sociale, compilata a cura del richiedente presso i servizi sociali del Comune di residenza;
- Attestato ISEE completo della Dichiarazione Sostitutiva Unica (**con quadro FC7**), (**per le sole prestazioni socio-assistenziali in SAD**);
- Altro (specificare)_____.

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

- di avere preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti;
- di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza – entro 15 giorni dalla data in cui ne venga a conoscenza – ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;



COMUNE DI MELITO DI PORTO SALVO

Città Metropolitana di Reggio Calabria

Comune Capofila dell'AMBITO TERRITORIALE

Comuni di: *Bagaladi, Bova, Bova Marina, Cardeto, Condofuri, Montebello Jonico, Motta San Giovanni, Roccaforte del Greco, Roghudi, San Lorenzo*

- di essere a conoscenza che la documentazione di coloro che beneficeranno del servizio verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni sottoscritte, è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria;

Dichiara, altresì:

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

sotto la propria personale responsabilità ed ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole che ai sensi dell'articolo 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Dichiara di scegliere il seguente Soggetto (iscritto all'ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI) per l'erogazione della prestazione:

BARRARE CON UNA X	SOGGETTO	Rappresentante Legale	Sede	Contatti
	Consorzio "Macramè – Trame Solidali nelle Terre del Sole" C.F. – P. Iva 02372250809	Rafele Giancarlo nato a Catanzaro il 05.08.1970	Via Vallone Petrara n. 10/A Reggio Calabria	e-mail info@consorzioacrame.it pec pec@pec.consorzioacrame.it cell. 3287434536 tel 09651722548
	Piccola Opera Papa Giovanni ONLUS C.F. – P. Iva 80013940806	Pietro Siclari nato a Reggio Calabria il 08.07.1950	Via del Gelsomino Trav. I n. 2 Reggio Calabria	e-mail presidenza@piccolaopera.org pec piccolaopera@pec.it tel. 0965890135
	Cooperativa Rinascita ONLUS C.F. – P. Iva 01074090802	Angela Vinci nata a Melito Porto Salvo (RC) il 13.09.1961	Via Turati n. 105 Melito Porto Salvo	e-mail segreteria.rinascita@tiscali.it pec amministrazione@pec.rinascitaonlus.it s.it tel. 0965771754

_____, li _____

Firma _____



COMUNE DI MELITO DI PORTO SALVO

Città Metropolitana di Reggio Calabria

Comune Capofila dell'AMBITO TERRITORIALE

Comuni di: *Bagaladi, Bova, Bova Marina, Cardeto, Condofuri, Montebello Jonico, Motta San Giovanni, Roccaforte del Greco, Roghudi, San Lorenzo*

Spazio riservato per la valutazione della domanda

- | | |
|--|-------------|
| 1. Et  | punti _____ |
| 2. Condizione familiare | punti _____ |
| 3. Condizione socio-sanitaria | punti _____ |
| 4. Condizione reddituale
(<u>solo in caso di richiesta di prestazioni in SAD</u>) | punti _____ |

TOTALE PUNTI _____

Eventuali note

Melito di Porto Salvo, li ____ / ____ / _____

FIRMA DEL RESPONSABILE
