UFFICIO PER LA PROGRAMMAZIONE
E GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI ALLA PERSONA
Comune Capofila Olbia (SS)
Via Perugia n. 3
Tel. 0789/52043-2034/2057/2080/2040
****
Alà dei Sardi, Arzachena, Berchidda, Buddusò, Budoni, Golfo Aranci, La Maddalena, Loiri - Porto San Paolo, Monti, Olbia, Oschiri, Padru, Palau, Sant'Antonio di Gallura, Santa Teresa di Gallura, San Teodoro, Telti

ALLEGATO A

La Casa Ti Assiste
Progetto innovativo e sperimentale di assistenza domiciliare

PNRR M5C2 Investimento 1.1 – Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti
Sub – Investimento 1.1.2 - Azioni per una vita autonoma e deistituzionalizzazione per gli anziani
CUP F94H22000160001

MODULO DI DOMANDA

Riapertura Termini

All'Ufficio di Piano Plus Olbia

Il/la sottoscritto/a:
Nome..... Cognome.....

Data di nascita |___|___|_____| Nato/a a..... Prov. .....

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

Residenza: Città.....Via..... C.A.P.....Prov. .....

Telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail …….. @.....

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 in uno dei Comuni del PLUS di Olbia;
- Disporre di una casa di proprietà;

- Essere in condizione di disabilità grave o non autosufficienza come definita dalla Tabella allegata al Regolamento ISEE (Allegato B);
- Avere la capacità di manifestare la volontà di intraprendere un percorso di "assistenza domiciliare" sperimentale.

Condizione di non autosufficienza: (indicare una o più delle condizioni sotto descritte)

Persona in condizione di disabilità grave:

- ❑ L. 104/92, art. 3 comma 3
- ❑ Inabili totali (L. 118/71, art. 2 e 12)
- ❑ Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a volgere 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)

Persona in condizione di non autosufficienza (ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n° 159/2013):

- ❑ 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 sociosanitario corrente (o ordinario, ove più favorevole) in corso di validità dall'uscita del Bando è di € _____.

Il beneficiario dichiara di:

- ❑ Vivere solo\a;
- ❑ 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

La presenza di assistenza alla persona (caregiving):

- ❑ SI
- ❑ NO

Se sì, 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 beneficio economico di cui al presente accordo 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;

- l'Ufficio di Piano del PLUS di Olbia, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere a 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 dell'Ambito Territoriale Sociale n.12 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

o SI o 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;
- Autocertificazione di proprietà dell'immobile da riqualificare;
- Autocertificazione ISEE riferita all'ultimo periodo di imposta e in corso di validità.