COMUNE DI TAURIANOVA
Città Metropolitana di Reggio Calabria

Comune Capofila dell'AMBITO TERRITORIALE N. 3
Comuni di: Cittanova, Cosoleto, Delianuova, Molochio, Oppido Mamertina, Santa Cristina d'Aspromonte, Scido, Taurianova, Terranova Sappo Minulio, Varapodio

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):
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 Taurianova;
- età superiore ai 65 anni per la SAD;
- 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 necessita: *(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.

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 socio-assistenziali e 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;

☐ 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
	Cooperativa Sociale "Itaca" C.F. – P. Iva 01609440803	Ursida Maria Giovanna nata a Taurianova il 06.11.1963	Via S. Rocco n. 2 Palmi	e-mail mariagiovannaursida@gmail.com pec cooperativaitaca@arubapec.it cell. 3332300019
	Consorzio "Macramè – Trame Solidali nelle Terre del Sole" C.F. – P. Iva 02372250809	Pensabene Giovanni nato a Reggio Calabria il 29.03.1951	Via Vallone Petrara n. 10/A Reggio Calabria	e-mail info@consorziomacrame.it pec pec@pec.consorziomacrame.it cell. 3287434536 tel. 09651722548
	Cooperativa Sociale "Humanitas" C.F. – P. Iva 01044280806	Fuduli Graziella nata a Taurianova il 15.05.1958	Via La Resta I trav. n. 2 Taurianova	e-mail humanitas1986@gmail.com pec humanitas1986@pec.it cell. 3201776200
	Società Cooperativa "Strade Vincenti" C.F. – P. Iva 02739830806	Zindato Francesco nato a Oppido Mamertina il 15.09.1971	Via Napoli n. 53 Oppido Mamertina	e-mail stradevincenti@gmail.com pec stradevincenti@legalmail.it cell. 3929793077 tel. 096685235
	Associazione "Nuove Idee" C.F. – P. Iva 02141360806	Antonio Diano nato a Reggio Calabria il 10.02.1968	Via Mundo Cosoleto	e-mail virgiliovl@libero.it pec nuoveidee@mypec.eu cell. 3332998104
	Cooperativa Sociale "La Mimosa" C.F. – P. Iva 02637770807	Marisa Valensise nata a Taurianova il 16.08.1971	Via On. E. Musolino n. 2 Polistena	e-mail lamimosa.polistena@libero.it pec s.c.s.lamimosa@pec.it cell. 3335962487
	S.A.D.MA.T. C.F. – P. Iva 92014080805	Angela Caridi nata a Reggio Calabria il 19.06.1962	Via Melacrino c/o Ospedale BMM Reggio Calabria	e-mail sadmatrc@liber.it pec sadmat@onepec.it tel. 0965397959 cell 3473012037
	Società Cooperativa Sociale "Metauros" C.F. – P. Iva 02740480807	Paola Bombardiere nata a GioiaTauro (RC) il 28.03.1963	Via Euclide n. 5 - Gioia Tauro (RC)	e-mail metauros@hotmail.it pec cooperativametauros@arubapec.it cell. 3464174634

Taurianova, li ____________________ Firma ________________________________

COMUNE DI TAURIANOVA

Città Metropolitana di Reggio Calabria

Comune Capofila dell'AMBITO TERRITORIALE N. 3

***Comuni di: Cittanova, Cosoleto, Delianuova, Molochio, Oppido Mamertina,
Santa Cristina d'Aspromonte, Scido, Taurianova, Terranova Sappo Minulio, Varapodio***

Spazio riservato per la valutazione della domanda

1. **Età** **punti _______**
2. **Condizione familiare** **punti _______**
3. **Condizione socio-sanitaria** **punti _______**
4. **Condizione reddituale** **punti_______**
   (solo in caso di richiesta di prestazioni in SAD)

TOTALE PUNTI ________

Eventuali note

____

____

____

____

____

Taurianova, lì ____ / ____ / ________

FIRMA DEL RESPONSABILE

____