

DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA CHE HANNO COMPIUTO SETTANTACINQUE ANNI

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

Al Comune di Capo d'Orlando

Area Socio Assistenziale

Da presentare entro il 22.02.2019

| |
|---|
| I sottoscritt _____ nat a _____ il _____ e residente in Capo d'Orlando in via/piazza _____ n. _____, C.F. _____ tel _____ |
|---|

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

D I C H I A R A

- a) che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente per vincolo di parentela, filiazione, o affinità il Sig./Sig.ra.....anziano/a che ha compiuto 75 anni e versa in condizioni di non autosufficienza, cui vengono assicurate prestazioni di assistenza e di aiuto personale;
- b) che il proprio nucleo familiare è residente in Sicilia da almeno un anno dalla data di presentazione della domanda;
- c) che il suddetto soggetto anziano è stato riconosciuto disabile grave ovvero che lo stesso è invalido al 100%;
- d) che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni riportate dalla normativa vigente del 01.01.2015, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. non superiore a € 7.000,00 (settemila).

C H I E D E

La concessione dell'intervento in oggetto indicato nella forma di Buono Servizio (voucher):

Il Buono Servizio (voucher) concesso dovrà essere utilizzato per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art.26 della l.r.n.22/86, nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare.

A tal fine lo/la scrivente allega alla presente la sottoelencata documentazione così come previsto dall'Avviso:

1. fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art.38 del DPR n.445/2000;
2. fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto anziano cui è rivolto il beneficio;
3. Attestato I.S.E.E. , dell'intero nucleo familiare in corso di validità;
4. certificazione attestante la disabilità grave o,in alternativa,verbale della Commissione invalidi Civili,attestante l'invalidità civile al 100%

 I sottoscritto/a si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Il sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci ,falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto.

Le informazioni relative all'attuazione dell'intervento verranno richieste direttamente all'Ufficio Comunale responsabile della gestione dell'intervento.

Data _____

Firma del richiedente

 I sottoscritto/afamiliare si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Firma del richiedente
