

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 _____ Figlio non convivente del Sig./a _____
--

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

D I C H I A R A

- a) di essere figlio, non convivente che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana;
- b) di risiedere nello stesso Comune dell'anziano di cui sopra ed è residente nello stesso Comune dell'anziano da almeno un anno alla 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 suddetto anziano ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. non superiore a € 7.000,00.

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

Firma del richiedente
