All. A

PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI O CON RIDOTTA AUTONOMIA O A RISCHIO DI EMARGINAZIONE (OVER 65)

AL SERVIZIO SOCIALE COMUNE DI _____

Oggetto:

AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI DOMICILIARI E SEMIRESIDENZIALI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA, PERSONE ECONOMICAMENTE FRAGILI, PERSONE ANZIANE, DI CUI AL FONDO NAZIONALE NON AUTOSUFFICIENZA (FNA) ANNUALITA' 2022 (DGR 161/2025 e DGR 306/2025 REGIONE CALABRIA) E QUOTA SERVIZI FONDO POVERTA' TRIENNIO 2021-2023.

Il/La sottoscritto/a_____ Nato/a a _____ (_____)

il _____ C.F. _____, residente a _____ (____)

in Via _____ n. ____ Recapiti telefonici (1)_____

(2) _____, E-mail _____ pec _____

❖ In qualità di:

☐ Diretto interessato
☐ Amministratore di Sostegno/Tutore
☐ Caregiver familiare

CHIEDE

☐ Per sé
☐ per il beneficiario di seguito indicato:

(Nome e Cognome) _____ nato/a a _____(_____)

il _____ C.F. _____, residente a _____ (____) in

Via _____ n. ___ Recapiti telefonici (1)_____

(2) _____, E-mail _____ pec _____

di accedere ai servizi di cui all'Avviso in oggetto.

A tal proposito, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n° 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del e s.m.i.)

DICHIARA

☐ Di essere residente nel Comune di _____ ;
☐ Di non essere beneficiario di altri servizi previsti da progetti similari di assistenza e/o contributi economici erogati dall'ATS, ASP e/o Comuni;
☐ Di essere in possesso di certificazione medica attestante la condizione di non autosufficienza, anche temporanea **(Solo per le persone anziane non autosufficienti o con ridotta autonomia)**;

☐ Che la composizione del proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è la seguente:

N°	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela
1					Intestatario Scheda
2					
3					
4					
5					
6					
7					

❖ In riferimento a quanto previsto dall'Avviso in oggetto:

RICHIEDE

di poter usufruire del servizio di:

☐ **ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI O CON RIDOTTA AUTONOMIA O A RISCHIO DI EMARGINAZIONE (OVER 65)**

❖ Ai fini dell'accesso alla graduatoria degli aventi diritto, DICHIARA altresì:

Di avere età pari a _____ anni (compiuti);

Che la condizione socio- familiare è la seguente:	☐ Persona sola; ☐ Persona con familiare convivente o caregiver di riferimento; ☐ Minore
Che il valore del proprio Isee è:	☐ Reddito Isee fino a € 9360,00; ☐ Da € 9.360,01 a € 15.000,00; ☐ Da €15.000,01 a €20.000,00; ☐ Da € 20.000,01 a € 25.000,00; ☐ Superiore a € 25.000,00.

☐ Di aver preso piena coscienza di tutte le condizioni stabilite dall'Avviso cui si riferisce la presente istanza.

❖ ❖

Elenco documenti da allegare alla domanda:

1. Copia documento identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
2. Isee socio-sanitario in corso di validità;
3. Copia del provvedimento di eventuale nomina di amministratore di sostegno/tutore;
4. Certificazione medica attestante la condizione di non autosufficienza, anche temporanea (**da presentare solo per le persone anziane non autosufficienti o con ridotta autonomia**).

Luogo e data

FIRMA

_____

_____

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).

Luogo e data

FIRMA

_____

_____