

ALLEGATO A



PNRR- Missione 5 Componente 2 Investimento 1.1.2
Autonomia degli anziani non autosufficienti

CUP D54H22000280006

Al Comune di Colleferro
Ente Capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 5.6
comune.colleferro@legalmail.it

Il/la _____ sottoscritto/a

Residente

in.....

.....

Via/Piazza....., n....., prov.

.....

C.F.

.....

.....

Tel. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

In qualità di *(barrare la voce che interessa)*:

persona anziana in situazione di non autosufficienza;

tutore/curatore/amministratore di sostegno;

per _____ conto _____ del _____ il/la _____ Sig./Sig.ra

.....

(persona ultrasessantacinquenne in situazione di non autosufficienza);

DICHIARA, per sé o per il proprio assistito:

- di conoscere e accettare le condizioni contenute nell'Avviso pubblico;
- di 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 Distretto Socio-sanitario RM 5.6;
- disporre di *(barrare la voce che interessa)*:

una casa di proprietà;

comodato o usufrutto;

essere residente in un alloggio di edilizia residenziale pubblica;

- essere in condizione di non autosufficienza come definita dalla Tabella allegata al Regolamento ISEE (Allegato B);
- di voler intraprendere un percorso di “assistenza domiciliare” sperimentale.

CHIEDE

L'ammissione al Progetto Innovativo e sperimentale “Condominio Sociale”

ANAGRAFICA UTENTE

Nome.....Cognome

Data di nascita |____|____|____| nato/a Prov.

Codice fiscale..... N° Tessera Sanitaria

.....

Residenza: Città Prov. C.A.P.

Via/Piazza

Domicilio (se diverso da residenza): Città Prov.

Via/Piazza C.A.P.

Telefono utente |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

E-mail

Nazionalità

Italiana

Comunitaria

Extracomunitaria

Permesso di soggiorno: Data inizio permanenza |____|____|____|

Scadenza |____|____|____|

Tipo:

Permesso di soggiorno U.E. per soggiornanti di lungo periodo.

Protezione

Stato civile

Celibe/Nubile

Coniugato/a

Unioni civile

Convivente

Separato / Divorziato

Vedovo/a

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

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%)

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

Titolarità abitazione:

Proprietà

Alloggio di Edilizia 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 coordinamento del Distretto Socio-sanitario RM 5.6, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere ad 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 del Distretto Socio-sanitario RM 5.6 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

SI

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 pubblici.

LUOGO E DATA

FIRMA

N.B allegare alla domanda i seguenti documenti:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, del beneficiario e del soggetto sottoscrittore, se diverso dall'interessato;
- Eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);
- Verbale di certificazione di non autosufficienza;
- Copia dell'atto di proprietà dell'immobile da riqualificare;
- Copia del contratto di comodato o titolo attestante l'usufrutto con scadenza almeno al 31/03/2026.
- Certificazione ISEE riferita all'ultimo periodo di imposta e in corso di validità;