



Comune di Taurianova

(Città Metropolitana di Reggio Calabria)

3° SETTORE - AREA WELFARE

COMUNE CAPOFILIA DELL'AMBITO TERRITORIALE

COMUNI DI: CITTANOVA, COSOLETO, DELIANUOVA, MOLOCHIO, OPPIDO
MAMERTINA, S. CRISTINA D'ASPROMONTE, SCIDO, TAURIANOVA, TERRANOVA
SAPPO MINULIO, VARAPODIO

UFFICIO DI PIANO

DOMANDA

PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI CURE DOMICILIARI RIVOLTE AI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

AL COMUNE DI TAURIANOVA
UFFICIO DI PIANO

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 3
PER IL TRAMITE DEL 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 _____
il _____, residente a _____ (RC),
via _____ n. _____ CAP _____
possa usufruire del servizio di:

- **ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE INTEGRATA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE (ADI)**

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 (RC);
 - 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 a 80;
- Anni da 81 a 85;
- Anni oltre 86;

Situazione familiare I:

- Anziano/a residente solo/a
- Coppia anziani senza altri conviventi;
- Anziano/a con 1 familiare convivente;
- Anziano/a con 2 familiari conviventi;
- Anziano/a con 3 familiari conviventi;

Situazione familiare II:

- Anziani senza figli;
- Anziani con 1 figlio NON convivente;
- Anziani con 2 figli NON conviventi;
- Anziani con più di 2 figli NON conviventi;

Condizione di:

- Disabilità Media;
- Disabilità Grave;
- Non Autosufficienza;

Situazione reddituale:

Valore ISEE: _____;

Si allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia della persona che usufruirà del servizio, sia dell'eventuale familiare richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- Modello **ISEE** integrale, completo della **DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica)** con **(QUADRO FC7)**;
- **Svama SANITARIA** e **Scheda di proposta di accesso ai servizi territoriali** rilasciata dal medico curante attestante lo stato di salute del paziente;
- **Svama SOCIALE** rilasciata dall'Assistente Sociale di riferimento;
- Copia del verbale della Commissione di accertamento Handicap (**L. 104/92**);
- Altro (specificare) _____

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

- Di avere preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare per persone 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 e del vigente Regolamento europeo n. 679/2016 e smi, 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 FUTURA	Sibio Lorenzo	Via Risorgimento, 49 Maropati (RC)	e-mail lorenzosisio@gmail.com pec: futura1968@legalmail.it Cell. 3337174752
	Cooperativa Sociale HUMANITAS	Fuduli Graziella	Via La Resta I Trav., 2 Taurianova (RC)	e-mail humanitas1986@gmail.com pec: humanitas1986@pec.it Cell. 3201776200
	Cooperativa Sociale ITACA	Ursida Maria Giovanna	Via S. Rocco, 2 Palmi (RC)	e-mail mariagiovannaursida@gmail.com pec: cooperativaitaca@arubapec.it Cell. 3332300019
	Cooperativa Sociale LA MIMOSA	Valensise Marisa	Via On. E. Musolino, 2 Polistena (RC)	e-mail lamimosa.polistena@libero.it pec: s.c.s.lamimosa@pec.it Cell. 3335962487
	Consorzio MACRAME'	Pensabene Giovanni	Via Vallone Petrara, 10/A Reggio Calabria	e-mail info@consorzioacrame.it pec: consorzio.macrame@pec.it Tel. 0965896669
	Cooperativa Sociale METAUROS	Deleo Caterina	Via Euclide, 5 Gioia Tauro (RC)	e-mail metauros@hotmail.it pec: cooperativametauros@arubapec.it Cell. 3791497989
	Cooperativa Sociale KAIROS SUD	Demarte Salvatore	Via Nuova Guardiola, 26 Delianuova (RC)	e-mail kairosud@gmail.com pec: kairosud@pec.it Cell. 3208028806

	Cooperativa Sociale S.A.D.M.A.T. ODV	Greco Francesca	Via Melacrino c/o Ospedale BMM Reggio Calabria	e-mail sadmatrc@libero.it pec: sadmat@onepec.it Cell. 3391429619
	Cooperativa Sociale SYNOPSIS	Ambrogio Giovanni	Via San Sperato, 117 Reggio Calabria	e-mail home@synapsisrc.it pec: synapsis@legal-mail.info Cell. 3489191809
	Cooperativa Sociale STRADE VINCENTI	Zindato Francesco	Via Napoli, 53 Oppido M. (RC)	e-mail stradevincenti@gmail.com pec: stradevincenti@legalmail.it Cell. 3929793077
	Cooperativa Sociale VITASI	Careri Vittoria	Rione Cacili, 13 Bagnara Calabria (RC)	e-mail carerivittoria@gmail.com pec: coop.vitasi@pec.it Cell. 3474048675

Taurianova, _____ / _____ / _____

Firma _____