



Città di Cosenza

“DISTRETTO SOCIO ASSISTENZIALE N. 1 DI COSENZA”

(COSENZA, APRIGLIANO, CAROLEI, CASALI DEL MANCO, CELICO, CERISANO, DIPIGNANO, DOMANICO, LAPPANO, MENDICINO, PIETRAFITTA, ROVITO, SPEZZANO SILA, ZUMPANO)

AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NEL DISTRETTO n. 1 DI COSENZA

Al Signor Sindaco del
Comune di residenza

Oggetto: Richiesta erogazione servizio assistenza domiciliare anziani.

Il/la sottoscritto/a Nato/a
ail..... residente a _____ in
Via/Piazza n.
Telefono Codice Fiscale.....,

CHIEDE

l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare

- Per se stesso
- Per il/la Sig.ra

in qualita* di di _____ nato/a a (_____) il
_____, e residente in _____ alla via/piazza/vico/c.da
_____ n. _____,

C. F. _____, tel. _____;

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del Testo Unico emanato con DPR 28/12/2000n 445, consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilita* ,

DICHIARA

- Che il destinatario per cui si chiede il servizio (barrare la casella interessata):
 - Non usufruisce di altri servizi di assistenza;
 - Usufruisce di altri servizi di assistenza (fondo non autosufficienza gravissima, FNA, Home Care Premium, etc.);
- Che il nucleo familiare del destinatario per cui si chiede il servizio e* composto da n _____ persone;
- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio ha 65 anni compiuti;
- Che l'indicatore della situazione economica equivalente del soggetto beneficiario è la seguente (valore ISEE) _____;
- Che la condizione familiare del beneficiario è la seguente:
 - Persona che vive sola senza coniuge e/o figli o altri familiari
 - Persona che vive con coniuge e/o figli o altri familiari non autosufficienti
 - Persona che vive sola con figli residenti fuori dal Comune dell'Ambito Territoriale
 - Persona che vive con coniuge autosufficiente e con figli fuori dell'Ambito Territoriale
 - Persona che vive sola con figli residenti nel Comune dell'Ambito Territoriale
 - Persona che vive con coniuge e con figli residenti nel Comune dell'Ambito Territoriale
- Che il beneficiario si trova nella condizione di salute seguente (percentuale di invalidità): _____;

Allega:

1. Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
2. Copia sottoscritta di un documento di riconoscimento in corso di validità e Tessera Sanitaria di chi propone l'istanza;
3. Copia sottoscritta di un documento di riconoscimento in corso di validità e Tessera Sanitaria del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;
4. Copia di verbali attestante l'invalidità civile e/o la disabilità (o relazione medica rilasciata dal medico di base).

Luogo e data _____

Firma

.....

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 - così* come modificato dal D. Lgs. n. 101/2018 e s.m.i. - ed al Regolamento EU n.2016/679, si informano i partecipanti all'avviso pubblico che i dati personali forniti saranno raccolti e trattati, in modalità cartacea ed informatica, dal Comune di residenza, nei modi e limiti necessari per le finalità di gestione del procedimento.

Luogo e data _____

Firma

.....