

D.A. n. 2753/S6 del 16/12/2014

AL COMUNE DI VIAGRANDE

**RICHIESTA DI INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI IN
CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ULTRASETTANTACINQUENNI**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art.46
del D.P.R. 28 dicembre 2000; n. 445**

Il sottoscritto/a nato/a a
il residente in Via n.....
C.F. tel.

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

DICHIARA

- a) che nel proprio nucleo è presente e convivente per vincolo di parentela, filiazione o affinità il Sig./Sig.ra anziano/a che ha compiuto i settantacinque anni e versa in condizioni di non autosufficienza, cui vengono assicurate prestazioni di assistenza ed aiuto personale;
- b) che il proprio nucleo familiare è residente in Sicilia 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 proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni riportate dal Decreto Legislativo n. 109/98 e regolamenti attuativi, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art.1 D.P.C.M. 04.04.2001, n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. non superiore a € 7.000,00 (settemila)

CHIEDE

LA CONCESSIONE DELL'INTERVENTO IN OGGETTO INDICATO NELLA FORMA DI IL Buono Servizio (voucher) concesso dovrà essere utilizzato per una delle seguenti opzioni:

1. per la retribuzione di un assistente familiare iscritto all'Albo degli assistenti familiari/badanti, tramite voucher, preposto alla cura dei soggetti sopraindicati ed eventuali misure atte a favorire la permanenza o il ritorno in famiglia degli stessi, quale alternativa al ricovero presso strutture residenziali.
2. per l'acquisto di prestazioni domiciliari presso organismi ed enti no profit iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali, di cui all'art. 26 della L.R. 22/86, nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare, tra gli enti accreditati così come previsto dalle linee guida per l'attuazione del Piano Socio Sanitario della Regione siciliana (D.P.R.S. 4 novembre 2002), liberamente scelti dalle famiglie.
- 3.

A tal fine lo/a scrivente allega alla presente la sottoelencata documentazione così come previsto dall'Avviso:

- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità., ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 445/2000;

- fotocopia del documento di riconoscimento di un familiare, che parimenti sottoscrive la presente domanda e si impegna a garantire al sottoscritto beneficiario prestazioni di assistenza e di aiuto personale;
- attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità;
- certificazione attestante la disabilità grave o in alternativa verbale della Commissione invalidi Civili, attestante l'invalidità civile al 100%.

DICHIARA

- che il soggetto non accede ad altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio nell'anno di riferimento,

 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 D.P.R. 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

.....