

DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA CHE HANNO COMPIUTO SETTANTACINQUE ANNI

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

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ residente in _____ via _____

C.F. _____ Tel/Cell. _____

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 che ha compiuto i settantacinque anni e versa in condizioni di non autosufficienza, cui vengono assicurate prestazioni di assistenza ed aiuto personale;
- b) Di risiedere nello stesso Comune dell'anziano di cui sopra;
- c) Che il proprio nucleo familiare è residente in Sicilia da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
- d) Che il suddetto soggetto anziano è stato riconosciuto disabile grave ovvero che lo stesso è invalido al 100%;
- e) Che il suddetto anziano ha una condizione economica valutata con ISEE non superiore a € 7.000,00 (settemila)

CHIEDE

La concessione dell'intervento in oggetto indicato nella forma di buono servizio (voucher), riservato alla retribuzione di un assistente familiare preposto alla cura di soggetti anziani ultrasettantacinquenni affetti da grave disabilità o invalidità al 100% conviventi con la famiglia e presso la stessa residenti, nel rispetto di quanto contenuto nel D.A. 2753/2014.

A Tal fine, allega:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto anziano a cui è rivolto il beneficio;
- Attestato ISEE 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%.

Il sottoscritto/a dichiara di non accedere ad altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio nell'anno di riferimento.

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 DPR 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 al Distretto socio sanitario 40, responsabile dell'intervento.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

___l___ sottoscritto/a familiare si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Firma del Richiedente
