

All'Ufficio Servizi Sociali

Comune di: (indicare con una X il comune di appartenenza)

- *Capri*
- *Anacapri*

Domanda per l'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani

(Fondo PAC Anziani II Riparto)

Il/La Destinatario/a

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il ____/____/____
Codice fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____
residente nel Comune di _____, alla Via _____
n. _____ c.a.p. _____ Recapiti: tel. _____, cell. _____,
e-mail: _____, pec _____

Il/La Richiedente (solo se diverso dal destinatario)

Indicare il rapporto che intercorre tra segnalante e destinatario/a. _____
Cognome: _____ Nome: _____
nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il ____/____/____
Codice fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____
residente nel Comune di _____, alla Via _____ n. _____ c.a.p. _____

RICHIESTE

di partecipare al bando per l'erogazione di buoni servizio utilizzabili per usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare Anziani presso uno degli enti accreditati a tale servizio e a tal fine

DICHIARA

Ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, di essere in possesso dei seguenti requisiti (*contrassegnare con una X*):

<u>REQUISITI</u>	<u>PUNTEGGI</u>
<p>Livello di autosufficienza (grado di dipendenza del soggetto in relazione alle sue condizioni psichiche, fisiche e sensoriali)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● basso ● medio ● alto <p>Riesce da solo/a a svolgere le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● igiene e cura della propria persona; ● preparazione dei pasti; ● pulizia della casa; ● assunzione medicinali; ● commissioni esterne (spesa, pagamento delle utenze, ecc.); ● raggiungimento di luoghi ricreativi; 	<p>0 - 3</p> <p>4 - 7</p> <p>8 - 10</p>
<p>Situazione familiare (grado di solitudine, livello di assistenza parentale):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● basso ● medio ● alto <p>N.di componenti _____</p> <p>N. componenti con disabilità certificata _____</p>	<p>0 - 3</p> <p>4 - 7</p> <p>8 - 10</p>
<p>Età:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● da 65 a 70 anni ● da 71 a 76 anni ● da 77 a 80 anni ● da 81 a 86 anni ● oltre 86 anni 	<p>0</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>6</p> <p>8</p>

Disabilità certificata: <ul style="list-style-type: none">● SI pari al _____%● NO	
--	--

Autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679. Autorizza l'Ambito Territoriale N34 a fornire i propri dati ai soggetti prestatori dei servizi.

Allega, alla presente domanda (*contrassegnarli con una X*):

- fotocopia Carta d'identità del richiedente;
- fotocopia Carta d'identità del beneficiario (se diverso dal richiedente);
- attestazione ISEE
- certificato d'invalidità (ove presente);
- permesso di soggiorno (per i beneficiari stranieri);
- altra documentazione utile ai fini della graduatoria (specificare _____)

Luogo e data: _____

IL RICHIEDENTE

*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).