

(Comuni di: Accettura, Aliano, Cirigliano, Colobraro, Craco, Gorgoglione, Montalbano Jonico, Nova Siri, Pisticci, Policoro, Rotondella, San Giorgio Lucano, San Mauro Forte, Scanzano Jonico, Stigliano, Tursi, Valsinni)

AL SERVIZIO SOCIALE

DEL COMUNE DI _____

DOMANDA PER LA FRUIZIONE DI SERVIZI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA' E DELL'AUTOGOVERNO PER PERSONE CON LIMITAZIONI NELL'AUTONOMIA (D.G.R. 175/2018).

Il/La sottoscritt _____, nato/a a _____ () il _____
e residente in _____ () alla Via _____ nr. _____,
domiciliat_ in _____ () alla Via _____ nr. _____,
Codice Fiscale _____, Telefono _____,
stato civile _____, scolarità _____
Eventuale persona di riferimento: Sig./Sig.ra _____,
in qualità di _____ domiciliato/a a _____ ()
alla Via _____ nr. _____, Tel/cell _____

CHIEDE

L'ammissione alla fruizione dei benefici previsti dalla D.G.R. Basilicata n. 175 del 26 febbraio 2018, per l'adesione al Progetto di cui al Catalogo Regionale dei Servizi (D.D. N.176 DEL 25/06/2018 Regione Basilicata) denominato: LA FINESTRA

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n.445 del 2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA che

- il proprio nucleo familiare è costituito dai seguenti componenti:

N. componenti _____ di cui N. _____ disabili

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Codice fiscale	Relazione di parentela con il richiedente	Condizione di disabilità (SI/NO)

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
- a) Di trovarsi in condizioni di particolare vulnerabilità e fragilità socio-economica;
- b) Di avere compiuto il 75° anno di età;
- c) Di vivere nel proprio domicilio;
- d) Di avere un'accertata (a cura del Medico di Medicina Generale) compromissione funzionale - cognitiva lieve che può pregiudicare la cura di sé, dell'ambiente domestico e provocare solitudine relazionale;
- e) Che il proprio nucleo familiare è in possesso di un valore I.S.E.E. in corso di validità pari ad Euro _____;
- f) Di non essere già destinatario di altri servizi, fra cui in particolare la frequenza sistematica e continuativa di servizi a carattere socio-sanitario (Centro Diurno, Assistenza Domiciliare, Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), Assegno di cura, ecc.);
- g) Che il proprio nucleo familiare non è beneficiario delle seguenti misure di accompagnamento o contributi assistenziali:
- Reddito Minimo di Inserimento (R.M.I.);
 - Reddito di inclusione (R.E.I.)
 - Sostegno per l'Inclusione Attiva (S.I.A.)

Allega alla presente:

1. *Certificazione I.S.E.E. in corso di validità;*
- h) *Certificazione (a cura del Medico di Medicina Generale) che attesta la compromissione funzionale - cognitiva lieve che può pregiudicare la cura di sé, dell'ambiente domestico e provocare solitudine relazionale;*
2. *Copia del proprio documento di identità in corso di validità.*

Si autorizza il trattamento dei dati in conformità del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i , nel rispetto del regolamento UE 2016/679, Gazzetta Ufficiale dell'UE n. 127 del 23/05/2018

Comune _____ data _____

In fede
