

Allegato 4A.1) dell'Avviso

Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto

di **"domiciliarità"** a favore delle persone anziane non autosufficienti.

Al Comune di _____
P.zza/Via _____

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE

Cognome _____	Nome _____
nato/a il _____ a _____	Prov. _____
residente in _____	Comune afferente la Zona Sociale n. 7
Via / P.zza _____	n.º _____ CAP _____
domiciliato presso _____	
Cap _____	tel. _____ cell. _____
Codice Fiscale _____	
Stato civile ² _____	
Indirizzo email _____	
Cittadinanza ³ :	
<input type="checkbox"/> cittadino italiano;	
<input type="checkbox"/> cittadino comunitario;	
<input type="checkbox"/> familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;	
<input type="checkbox"/> cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____;	
<input type="checkbox"/> titolare di <i>status</i> di rifugiato (<i>indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data</i>) _____;	
<input type="checkbox"/> titolare di <i>status</i> di protezione sussidiaria _____;	

² Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente secondo le normative vigente.

³ Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE.

Cognome _____	Nome _____
Grado di parentela _____	specificare _____
In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) _____	
nato/a il _____	a _____ Prov. _____
e residente in _____	Comune afferente la Zona sociale n. _____
Via / P.zza _____	n.º _____
CAP _____	tel. _____
Codice Fiscale _____	
Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): _____	

Vista la Deliberazione n. _____ del _____ di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei Progetti di *domiciliarità* e la DGC n. _____ del _____ con la quale è stato pubblicato l'Avviso pubblico per la selezione di candidature di accesso ai benefici concessi con i progetti per la "*domiciliarità*" a favore delle persone con disabilità.

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

CHIEDE

Di essere ammesso in qualità di persona anziana non autosufficiente o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona anziana non autosufficiente (Nome _____
Cognome _____), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte dei servizi territorialmente competenti, alla realizzazione del progetto per *domiciliarità* a favore delle persone anziane non autosufficienti.

A tale fine

DICHIARA

QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Condizione ⁴ :
I°						
II°						
III°						

⁴ trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- invalidità civile almeno pari al 75%;
- accertata condizione di disabilità ex art. 3 e ex art. 4 della legge 104/92⁴

QUADRO C – CONDIZIONE DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE O DI NON AUTOSUFFICIENZA

- di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3 e 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data _____/_____/_____ da _____, con verbale n. _____.
- di essere di essere riconosciuto **Invalido civile almeno al 75%** riconosciuta dal _____ da _____

QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un ISEE del valore ricompreso tra:

- fino ad € 5.000,00
 da € 5.001,00 ad € 10.000,00
 da € 10.001,00 ad € 15.000,00
 da € 15.001,00 ad € 20.000,00

DICHIARA INFINE

- di godere dei diritti civili e politici. (*I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria*).
- in relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza e di seguito riportati per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle leggi e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.

Il comune capofila di Gubbio della Zona Sociale n. 7 è Titolare del trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.
Il Responsabile del trattamento è il Dirigente del Servizio Caldarelli Raoul G.L.. Il personale impiegato nel percorso del Progetto Vita Indipendente, nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni, è incaricato del trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma _____

Quadro E: Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

QUADRO E – IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE:

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del
Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____

Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data _____

Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)

Firma _____

Sezione 2): Formulario di Progetto personale per la “domiciliarità”

Il/la sottoscritto/a
Nome _____ Cognome _____ in
qualità di persona anziana non autosufficiente o il/la sottoscritto/a
Nome _____ Cognome _____ in
qualità di legale rappresentante della persona anziana non autosufficiente
(nome _____ cognome _____))

DICHIARA

di voler realizzare il seguente **progetto personale per la *domiciliarità***:

I. Obiettivi del progetto e durata dello stesso:

II. Condizione attuale:

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:

SI NO

- **beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari** **SI** **NO**

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni si beneficia (es. assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno) modalità e tempi (es. ore settimanali di assistenza domiciliare),

- Presenza di un assistente familiare, già contrattualizzato al momento di presentazione della domanda, per lo svolgimento di attività diverse da quelle indicate nel progetto per la *“domiciliarità”*.

SI NO

Se SI, per un totale di € _____ mensili.

III. **Obiettivi di prevista evoluzione del progetto** connessi a salute, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

IV. **Necessità della persona:**

- Assunzione con contratto di lavoro dell'assistente familiare nel rispetto della normativa vigente⁵:
SI NO

Generalità dell'assistente familiare (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
e residente in _____ Via / P.zza _____ n.º _____
CAP _____ tel. _____
Codice Fiscale _____
Stato civile¹ _____ Cittadinanza² _____

V. **Tipologia di contratto stipulato e impegno orario mensile (specificare):**

VI. **Costi previsti:**

- Assistente familiare:

Stipendio € _____

Contributi € _____

Totale busta paga mensile € _____

Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € _____

- Altri costi totale (specificare)⁶: € _____

⁵ Tra l'assistente personale e la persona con disabilità non può sussistere vincolo di coniugio o di parentela fino al secondo grado (linea diretta e collaterale). Non è obbligatorio che l'assunzione dell'assistente familiare sia avvenuta al momento di presentazione della domanda.

⁶ Qualora il progetto o parte di esso sia finanziato con risorse nazionali regionali o locali, fermo restando il tetto massimo previsto per singolo intervento, oltre ai costi sopra declinati, possono essere ricompresi altri costi afferenti la realizzazione del progetto personale per la domiciliarità quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle relative a servizi/interventi erogabili in risposta alle necessità della persona anziana non autosufficiente (ad es. trasporto e mobilità mensa lavanderia ecc.).

Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali ad eccezione di quanto previsto all'art. 3, c. 2 dell'Avviso.

INOLTRE DICHIARA

- di assumersi personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;
- di individuare in piena autonomia l'assistente familiare;
- di assumere, in qualità di datore di lavoro tutti gli obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente familiare nel rispetto della normativa;
- di rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia, se previsti nel progetto di domiciliarità.

INFINE SI IMPEGNA:

- ad uscire dalla struttura residenziale nella quale è ricoverato nell'ipotesi di cui all'art. 3 comma 2 dell'Avviso.
- a rendere le comunicazioni previste dall'art. 8 c. 2 e c. 3 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

Data, _____

Firma _____

Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del
Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____

Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data _____

Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)

Allegati:

- 1) copia della certificazione ISEE;
- 2) documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio- sanitari e sanitari;
- 3) copia del documento di identità della persona anziana non autosufficiente.
- 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino.
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con persona anziana non autosufficiente).

Allegato alla domanda di domiciliarità per anziani non autosufficienti e per la riduzione della residenzialità -
Modalità di pagamento

Il sottoscritto _____, nato a _____

il _____ e residente a _____ in via _____

Tel/cell _____ e mail _____

chiedo

che il pagamento del contributo riconosciuto relativo all'avviso di cui in oggetto venga liquidato nella seguente modalità:

- Accredito su C/C BANCARIO O POSTALE, o altra forma di accredito tramite IBAN intestato a _____

IBAN |

NB: Il richiedente deve essere intestatario o cointestatario del conto corrente e deve allegare copia IBAN

FIRMA del richiedente

Allegati:

- copia del documento di identità;
 - copia IBAN