**“LA CASA TI ASSISTE”**

**Progetto innovativo e sperimentale di assistenza domiciliare**

*Distretto Socio-Sanitario VT4 e Consorzio T.I.N.E.R.I*

PNRR- Missione 5 Componente 2 Investimento 1.1.2

Al Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………

Residente in………………………………………………………………………………………...……………

Via/Piazza………………………………………..…………….…………, n……………….., prov. ……….…

C.F. ……………………………………………………………………………………………….…………….

Tel. |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

In qualità di*(barrare la voce che interessa):*

* persona anziana in situazione di non autosufficienza;
* tutore/curatore/amministratore di sostegno;

o per conto del il/la Sig./Sig.ra …………………………………………………………………………………

(persona ultrasessantacinquenne in situazione di non autosufficienza);

**DICHIARA, per sé o per il proprio assistito:**

* di conoscere e accettare le condizioni contenute nell’Avviso pubblico;
* di avere i requisiti per la partecipazione, in particolare:
* essere persona anziana che ha superato il 65° anno di età;
* essere residente in uno dei Comuni Distretto Socio-sanitario VT4 o del Consorzio T.I.N.E.R.I;
* disporre di *(barrare la voce che interessa):*
* una casa di proprietà;
* essere residente in un alloggio di edilizia residenziale pubblica;
* essere in condizione di non autosufficienza come definita dalla Tabella allegata al Regolamento ISEE (Allegato B);
* di voler intraprendere un percorso di assistenza domiciliaresperimentale.

**CHIEDE**

***L’ammissione al Progetto Innovativo e sperimentale***

***“LA CASA TI ASSISTE”***

**ANAGRAFICA UTENTE**

Nome..............................................................Cognome ..............................................................................

Data di nascita |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_|, nato/a a.......................................................................Prov. .....

Codice fiscale ………………………………………………………………………………………….………...

N° Tessera Sanitaria ……………………………………………………………………………………………..

Residenza: Città ................................................. Prov. .......................... C.A.P. ...............................

Via/Piazza ...........................................................................................................................................

Telefono utente |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

E-mail ………………………………………….…………………………………………………

**Nazionalità**

* Italiana
* Comunitaria ………………………..
* Extracomunitaria ……………………………
* Permesso di soggiorno: Data inizio permanenza|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Scadenza |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Tipo:

* Permesso di soggiorno U.E. per soggiornanti di lungo periodo.
* Protezione

**Stato civile**

* Celibe/Nubile
* Coniugato/a
* Unioni civile
* Convivente
* Separato / Divorziato
* Vedovo/a

**Condizione di non autosufficienza*(indicare una o più delle condizioni sotto descritte)*:**

Persona in condizione di non auto sufficienza (ai sensi dell’allegato 3 del DPCM n° 159/2013)

* Soggetti con diritto all’indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)
* Ciechi civili assoluti (L. 382/70 – L. 508/88 – L. 138/2001
* Inabili con diritto all’assegno per l’assistenza personale e continuativa (L. 222/84, art. 5)
* Invalidi sul lavoro con diritto all’assegno per l’assistenza personale e continuativa (DPR 1124/65 – art. 66)
* Invalidi sul lavoro con menomazioni dell’integrità psicofisica di cui alla L. 296/2006, art 1, comma 782, punto 4 (con grado superiore al 60%)

**Presenza di assistenza alla persona (caregiving):**

* SI
* NO

**Se si, garantita da:**

* caregiver familiare: coniuge, dell’altra parte dell’unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76
* caregiver familiare: familiare o di un affine entro il secondo grado (figli, genitori, fratelli ecc.)
* caregiver familiare: un familiare entro il terzo grado
* assistente familiare retribuito (es. colf, badante, assistente alla persona) dall’interessato o dal nucleo
* assistenza domiciliare (assistenziale o sociosanitaria o sanitaria) pubblica

**Titolarità abitazione:**

* Proprietà
* Alloggio di Edilizia Pubblica

**DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE**

- la concessione del beneficio economico di cui al presente accordo è subordinata alla sottoscrizione di un progetto assistenziale tra le parti che definisce gli obiettivi di sostegno alla domiciliarità, il piano operativo degli interventi e le modalità di verifica;

- l’ufficio di piano del Distretto VT4 e del Consorzio TINERI, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potranno procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

**SI IMPEGNA**

A comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura di selezione di cui all’Avviso in oggetto.

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il beneficiario individuato nella presente scheda, informato sull’utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte del Distretto Socio-sanitario VT4 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

|  |  |
| --- | --- |
| * SI | * NO |

**Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000**

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell’art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti pubblici

|  |  |
| --- | --- |
| LUOGO E DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Si allegano alla domanda i seguenti documenti:**

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, del beneficiario e del soggetto sottoscrittore, se diverso dall’interessato;

- Eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);

- Verbale di certificazione di non autosufficienza;

- Copia dell’atto di proprietà dell’immobile da riqualificare o assegnazione dell’alloggio ATER;