

AL SINDACO del COMUNE DI TROINA

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 DPR 28 dicembre 2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a
 (cognome) (nome)
 nato/a a il
 (luogo) (prov.)
 residente a in Via/Piazza n.
 (luogo) (prov.)
 C.F. tel.
 figlio non convivente del Sig/a

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

DICHIARA

- a) di essere figlio non convivente che, di fatto, si occupa della tutela della anziano/a che ha compiuto 75 (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 ed è residente nello stesso Comune dell'anziano 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 I.S.E.E. non superiore a € 7.000,00

CHIEDE

LA CONCESSIONE DELL'INTERVENTO IN OGGETTO INDICATO NELLA FORMA DI BUONO DI SERVIZIO (VOUCHER)

Il buono servizio (voucher) concesso dovrà essere utilizzato per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi no profit iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art.26 della legge regionale n.22/86, nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare.

A tal fine lo/la scrivente allega alla presente la sottobelencata documentazione così come previsto dall'Avviso:

- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445/2000;
- fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto anziano a cui è rivolto il beneficio;
- attestato I.S.E.E.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/La sottoscritto/a si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Il/La 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 D.P.R. 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 all'ufficio comunale responsabile della gestione dell'intervento.

Data

Firma del richiedente

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

Firma del richiedente

Informativa ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento, per il quale la presente dichiarazione viene resa.