



- essere persona anziana che ha superato il 65° anno di età;
- essere residente in uno dei Comuni indicati nell'allegato "B" all'avviso pubblico in oggetto;
- ☐ avere un ISEE inferiore o uguale ad € 50.000,00 - Dichiarazione Sostitutiva Unica n. _____ del _____;
- ☐ essere in condizione di non autosufficienza come di seguito dichiarata;

pertanto CHIEDE

l'ammissione al Progetto sperimentale di cui all'avviso in oggetto

ANAGRAFICA UTENTE

Nome.....Cognome

Data di nascitanato/a Prov.

Codice fiscale.....

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

Via/Piazza

Domicilio (se diverso da residenza): Città Prov.

Via/Piazza C.A.P.

Telefono utente

Stato civile

- ☐ Celibe/Nubile
- ☐ Coniugato/a
- ☐ Unioni civile
- ☐ Convivente
- ☐ Separato/a – Divorziato/a
- ☐ Vedovo/a

Persona in condizione di non autosufficienza (ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n° 159/2013), indicare una o più delle condizioni sotto descritte:

- ☐ Cittadini ultrasessantacinquenni 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
- ☐ Invalidi con diritto all'assegno di superinvalidità (Tabella E allegata al D.P.R. n. 834/81)

Presenza di assistenza alla persona (caregiver):

- ☐ SI
- ☐ NO

Se sì, 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.

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE:

- la concessione del beneficio economico sotto forma di prestazione di servizio, di cui al presente avviso, è subordinata alla sottoscrizione di un progetto assistenziale tra le parti che definisce gli obiettivi di sostegno alla domiciliarità e le modalità di verifica;
- gli uffici comunali, 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 LT5 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

N.B allegare 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).