

AMBITO TERRITORIALE N. 2 – Comune Capofila ROSARNO

(Comuni di: Gioia Tauro, Melicuccà, Palmi, Rizziconi, Rosarno, San Ferdinando, Seminara)

UFFICIO DI PIANO

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI CURE DOMICILIARI RIVOLTE AI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

Al Comune di _____

Il/la sottoscritto/a_____, nato/a a_____ il_____, residente a_____(_____), via_____n._____CAP_____, in qualità di:

- Richiedente quale beneficiario diretto

oppure

- _____ (specificare titolo in base al quale si chiede la prestazione in nome e per conto di altro soggetto)

CHIEDE

- di usufruire direttamente del seguente servizio:

oppure

- che il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a_____ il_____, residente a_____(RC), via_____n._____CAP_____ possa usufruire del seguente servizio:

☐ ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE INTEGRATA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE (ADI);
☐ ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE (SAD).



AMBITO TERRITORIALE N. 2 – Comune Capofila ROSARNO

(Comuni di: Gioia Tauro, Melicuccà, Palmi, Rizziconi, Rosarno, San Ferdinando, Seminara)

UFFICIO DI PIANO

a tal fine

DICHIARA

- di essere in possesso dei seguenti requisiti (barrare la casella corrispondente):

  oppure

- che il soggetto per il quale si richiede la prestazione è in possesso dei seguenti requisiti (barrare la casella corrispondente):

☐ cittadinanza italiana, (cittadinanza di altro Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di carta o di permesso di soggiorno);

☐ residenza nel Comune di _____, appartenente all'Ambito Territoriale n. 2 di Rosarno;

☐ condizione caratterizzata da solitudine ed isolamento per assenza o carenza familiare;

☐ stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza: *(specificare se allettato*) _____;

☐ stati particolari di bisogno e di necessita: *(specificare*) _____;

☐ nucleo familiare composto come indicato nella seguente tabella:

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Attività (Eventuale)	Incapacità di prestare assistenza al congiunto per motivi di salute (specificare)



AMBITO TERRITORIALE N. 2 – Comune Capofila ROSARNO

(Comuni di: Gioia Tauro, Melicuccà, Palmi, Rizziconi, Rosarno, San Ferdinando, Seminara)

UFFICIO DI PIANO

Situazione familiare I:

- Beneficiario/a residente solo/a;
- Coppia senza altri conviventi;
- Beneficiario/a con 1 familiare convivente;
- Beneficiario/a con 2 familiari conviventi;
- Beneficiario/a con 3 o più familiari conviventi;

Situazione familiare II:

- Beneficiario senza figli;
- Beneficiario con 1 figlio NON convivente;
- Beneficiario con 2 figli NON conviventi;
- Beneficiario con più di 2 figli NON conviventi.

Invalidità:

- Invalidità al 100%;
- Invalidità dal 75% al 99%;
- Invalidità dal 50% al 74%;
- Beneficiario/a legge 104/92;
- Invalidità al 100% con accompagnamento;

Situazione reddituale (per le prestazioni in SAD):

- Valore Isee: _____;



AMBITO TERRITORIALE N. 2 – Comune Capofila ROSARNO

(Comuni di: Gioia Tauro, Melicuccà, Palmi, Rizziconi, Rosarno, San Ferdinando, Seminara)

UFFICIO DI PIANO

SCELTA DEL SOGGETTO ACCREDITATO PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO
(barrare il soggetto da scegliere)

N	SOGGETTO	Rappresentante Legale	Sede	Contatti	Preferenza
1	**Consorzio"Macramè – Trame Solidali nelle Terre del Sole" C.F. – P. Iva 02372250809**	PENSABENE Giovanni nato a Reggio Calabria il 29.03.1951	Via Vallone Petrara n. 10/A - Reggio Calabria	e-mail: direttore@consorziomacrame.it pec: terredelsole@pecprofessionale.net cell. 3287434536 tel. 09651722548	
2	**Cooperativa "Vitasì" C.F. - P. IVA 02389830809**	CARERI Vittoria nata a Reggio Calabria il 28/10/1972	Rione Cacili n. 13 Bagnara Calabra	e-mail: info@vitasi.it pec: coop.vitasi@pec.it tel. 0965 371562	
3	**Cooperativa Sociale "La mimosa" C.F. - P. IVA 02637770807**	VALENSISE Marisa nata a Taurianova il 16/08/1971	Via On. Musolino 2 Polistena	e-mail lamimosa.polistena@libero.it v_marisa@libero.it pec: s.c.s.lamimosa@pec.it tel. 0966 444602 cell. 3335962487	
4	**Associazione "Nuove Idee" C.F. – P. IVA 02141360806**	DIANO Antonio nato a Reggio Calabria 10/12/1968	Borgata Giardini Trav. III n°14 Reggio Calabria	e-mail: virgiliovl@libero.it pec: nuoveidee@mypec.eu tel – fax .0965 626284	
5	**Cooperativa Sociale "Itaca" C.F. – P. Iva 01609440803**	URSIDA Maria Giovanna nata a Taurianova (RC) il 06.11.1963	Via S. Rocco n. 2 - Palmi (RC)	e-mail mariagiovannaursida@gmail.com pec: cooperativaitaca@arubapec.it cell. 3332300019	
6	**Società Cooperativa Sociale "Metauros" C.F. – P. Iva 02740480807**	BOMBARDIERI Paola nata a Gioia Tauro il 28/03/1963	Via Euclide n. 5 - Gioia Tauro (RC	e-mail: metauros@hotmail.it pec: cooperativametauros@arubapec.it cell. 3464174634	

Si allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia dell'anziano, sia dell'eventuale familiare richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- Certificato del medico curante;
- Scheda sanitaria rilasciata dal medico curante;



AMBITO TERRITORIALE N. 2 – Comune Capofila ROSARNO

(Comuni di: Gioia Tauro, Melicuccà, Palmi, Rizziconi, Rosarno, San Ferdinando, Seminara)

UFFICIO DI PIANO

- Scheda sociale, compilata a cura del richiedente;
- Eventuale copia del verbale della Commissione Invalidi Civili;
- Eventuale copia accertamento stato di handicap;
- Attestato ISEE completo della dichiarazione sostitutiva unica riportante la situazione economica dell'intero nucleo familiare (**per le prestazioni in SAD**);
- Altro (specificare) _____.

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

- di avere preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei servizi di cura domiciliare per anziani non autosufficienti;
- di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne venga a conoscenza - ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonchè ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;
- di essere a conoscenza che la documentazione di coloro che beneficeranno del servizio verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni sottoscritte, è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria;

Dichiara, altresì:

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
sotto la propria personale responsabilità ed ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole che ai sensi dell'articolo 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Rosarno, li_____ Firma _____



AMBITO TERRITORIALE N. 2 – Comune Capofila ROSARNO

(Comuni di: Gioia Tauro, Melicuccà, Palmi, Rizziconi, Rosarno, San Ferdinando, Seminara)

UFFICIO DI PIANO

Spazio riservato per la valutazione della domanda

1. **Situazione familiare** **punti** _____
2. **Situazione sanitaria** **punti** _____
3. **Situazione reddituale** **punti** _____
   (solo in caso di richiesta di prestazioni in SAD)

TOTALE PUNTI _____

Eventuali note

- _____
- _____
- _____
- _____

Rosarno, lì _____

FIRMA DEL RESPONSABILE

_____

Viale della Pace s.n.c. – 89025 Rosarno (RC) – tel. 0966 710242-269
servizisociali.rosarno@pec.comune.rosarno.rc.it servizisociali@comune.rosarno.rc.it