



# CITTA' DI CATANZARO

## Settore Politiche Sociali

### COMUNE CAPOFILE: CATANZARO - AMBITO TERRITORIALE DI CATANZARO

(Albi, Amato, Andali, Belcastro, Borgia, Botricello, Caraffa di Catanzaro, Catanzaro, Cerva, Cicala, Cropani, Fossato Serralta, Gimigliano, Magisano, Marcedusa, Marcellinara, Miglierina, Pentone, Petronà, San Floro, San Pietro Apostolo, Sellia, Sellia Marina, Sersale, Settingiano, Simeri Crichi, Sorbo San Basile, Soveria Simeri, Taverna, Tiriolo, Zagarise)

Allegato A

**DOMANDA DI AMMISSIONE AI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DEI DISABILI - SADD ( ANNI 0-64) CUP. D99J21003460003**

Al Settore Servizi Sociali dell'Ambito  
Territoriale di Catanzaro  
Tramite il Comune di

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in  
via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, Codice Fiscale n.ro \_\_\_\_\_/  
telefono \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### CHIEDE L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

- per se stesso/a  
 per il/la Sig./ra

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ quale \_\_\_\_\_ fornire \_\_\_\_\_ eventuali \_\_\_\_\_ comunicazioni \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_\_\_\_\_

Grado di parentela:  marito/moglie  genitore  nonno/a  bisnonno/a  zio/a  
 suocero/a  cognato/a  altro (specificare) \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI POTER USUFRUIRE DEI BUONI SOCIALI (VOUCHER) PER IL SERVIZIO DI  
(BARRARE SOLO UNA CASELLA PENA DECADENZA DELLA DOMANDA)**

- SAD - Assistenza domiciliare socio assistenziale;  
 ADI- Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari;

in quanto

- la condizione familiare del beneficiario è la seguente (barrare la voce che interessa):

- Persona disabile che vive da sola o con coniuge entrambi disabili, senza figli o altri parenti conviventi
- Persona disabile sola con minori a carico
- Persona disabile che vive sola con figli residenti fuori comune
- Persona disabile con coniuge e senza figli
- Persona disabile con minori a carico con coniuge e/o conviventi
- Persona disabile con coniuge e con figli fuori comune
- Persona disabile che vive sola e con figli nel Comune
- Persona disabile con coniuge con figli residenti nel Comune
- Persona e/o coppia disabile coabitante con figli e/o parenti autosufficienti
- MINORE disabile che vive con un solo genitore/tutore
- MINORE disabile che vive con entrambi i genitori/tutore
- MINORE disabile il cui nucleo familiare presenta 2 o più minori;

**-che lo stato di salute del beneficiario è il seguente (barrare la voce che interessa)::**

- persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92)
- persona portatore di handicap (art. 3, co. 1 legge 104/92)
- persona invalida al 100% o in attesa del riconoscimento di cui alla legge n. 104/92
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e **consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia**, sotto la propria responsabilità,

#### DICHARA

che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (*barrare la casella interessata*)

- non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare o buoni spendibili per acquisire servizi di cura e assistenza;
- usufruisce dei seguenti servizi di assistenza domiciliare di tipo socio-sanitario e/o socio assistenziale \_\_\_\_\_;
- che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio ha l'età di \_\_\_\_\_ anni (compiuti);
- che il nucleo familiare del destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n. \_\_\_ persone;

#### ALLEGA alla presente

- 1) Autocertificazione del nucleo familiare dell'utente. (Modello C allegato all'avviso pubblico)
- 2) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del richiedente;
- 3) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;
- 4) Dichiarazione sostitutiva unica DSU e attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità del nucleo familiare del soggetto potenziale fruitore, con riferimento ai redditi percepiti nell'anno 2020;
- 5) Certificazione sanitaria del Medico di Medicina Generale attestante la situazione sanitaria e di non autosufficienza;
- 6) Verballi Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. n. 104/1992 e verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ovvero idonea certificazione sanitaria rilasciata da strutture del SSN);
- 7) copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in caso di richiedenti extracomunitari;

Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (Specificare i documenti aggiuntivi allegati)

---

---

---

### AUTORIZZA

il Comune di residenza ed il Comune di Catanzaro al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 101/18 del 10 Agosto 2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

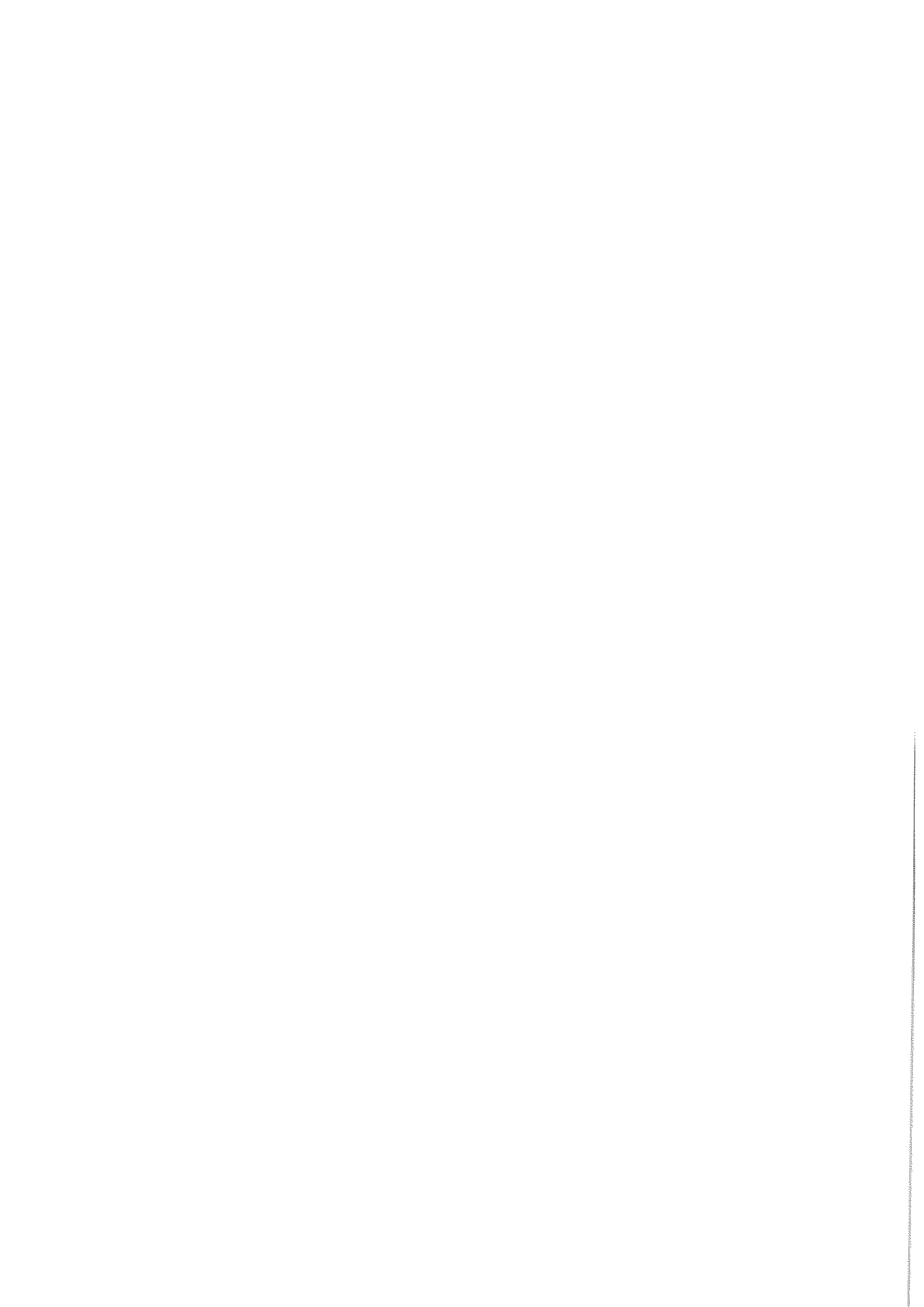
\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

La presente sottoscrizione vale anche per accettazione di quanto stabilito nell'Avviso Pubblico in capo al presente allegato per la realizzazione dei servizi di assistenza domiciliare erogati, per assunzione di responsabilità e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.).

Il/la sottoscritto/a si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni variazione intervenuta relativamente alle dichiarazioni di cui alla presente istanza ed autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità relative al procedimento in oggetto.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)





# CITTA' DI CATANZARO

## Settore Politiche Sociali

### COMUNE CAPOFILIA: CATANZARO - AMBITO TERRITORIALE DI CATANZARO

(Albi, Amato, Andali, Belcastro, Borgia, Botricello, Caraffa di Catanzaro, Catanzaro, Cerva, Cicala, Cropani, Fossato Serralta, Gimigliano, Magisano, Marcedusa, Marcellinara, Miglierina, Pentone, Petronà, San Floro, San Pietro Apostolo, Sellia, Sellia Marina, Sersale, Settingiano, Simeri Crichi, Sorbo San Basile, Soveria Simeri, Taverna, Tiriolo, Zagarise)

**Allegato B**

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI ULTRASESSANTACINQUENNI NON AUTOSUFFICIENTI - (EX ADI/SAD ORA SADD) - CUP. D99J21003460003**

Al Settore Servizi Sociali dell'Ambito  
Territoriale di Catanzaro  
Tramite il Comune di

**OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI ULTRASESSANTACINQUENNI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in  
via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, Codice Fiscale n.ro \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### CHIEDE L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

- per se stesso/a  
 per il/la Sig./ra

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_  
Indirizzo email al quale fornire eventuali comunicazioni

Codice Fiscale |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Grado di parentela:  marito/moglie  genitore  nonno/a  bisnonno/a  zio/a  
 suocero/a  cognato/a  altro (specificare) \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI POTER USUFRUIRE DEI BUONI SOCIALI (VOUCHER) PER IL SERVIZIO DI (BARRARE SOLO UNA CASELLA PENA DECADENZA DELLA DOMANDA)**

- SAD-Assistenza domiciliare socio assistenziale  
 ADI- Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari

in quanto

-la condizione familiare del beneficiario è la seguente (*barrare la voce che interessa*):

- persona non autosufficiente che vive sola
- persona che vive sola con coniuge e/o figli non autosufficienti
- persona che vive sola con figli residenti fuori del Comune
- persona che vive sola con figli residenti nel Comune
- persona che vive con coniuge e/o figli autosufficienti

-che lo stato di salute del beneficiario è il seguente (*barrare la voce che interessa*)::

- persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92)
- persona invalida al 100% o in attesa del riconoscimento di cui alla legge n. 104/92
- persona portatore di handicap (art. 3, co. 1 legge 104/92)
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

---

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e **consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia**, sotto la propria responsabilità,

#### DICHIARA

che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (*barrare la casella interessata*)

- non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare o buoni spendibili per acquisire servizi di cura e assistenza;
- usufruisce dei seguenti servizi di assistenza domiciliare di tipo socio-sanitario e/o socio assistenziale \_\_\_\_\_;
- che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio ha l'età di \_\_\_\_\_ anni (compiuti);
- che il nucleo familiare del destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n. \_\_\_ persone;

#### ALLEGA alla presente

1. Autocertificazione del nucleo familiare dell'utente. (Mod.C allegato al presente avviso);
2. Dichiarazione sostitutiva unica DSU e attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità del nucleo familiare del soggetto potenziale fruitore, con riferimento ai redditi percepiti nell'anno 2020;
3. Certificazione sanitaria del Medico di Medicina Generale attestante la situazione sanitaria e di non autosufficienza;
4. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
5. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;
6. Attestazione A.S.P. dalla quale si evince l'inserimento in A.D.I. (se assistito);
7. Verbali Commissioni Sanitarie (L. n. 104/1992);
8. Copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in caso di richiedenti extracomunitari;

Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (Specificare i documenti aggiuntivi allegati)

---

---

---

## AUTORIZZA

il Comune di residenza ed il Comune di Catanzaro al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D.lgs 101 del 2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

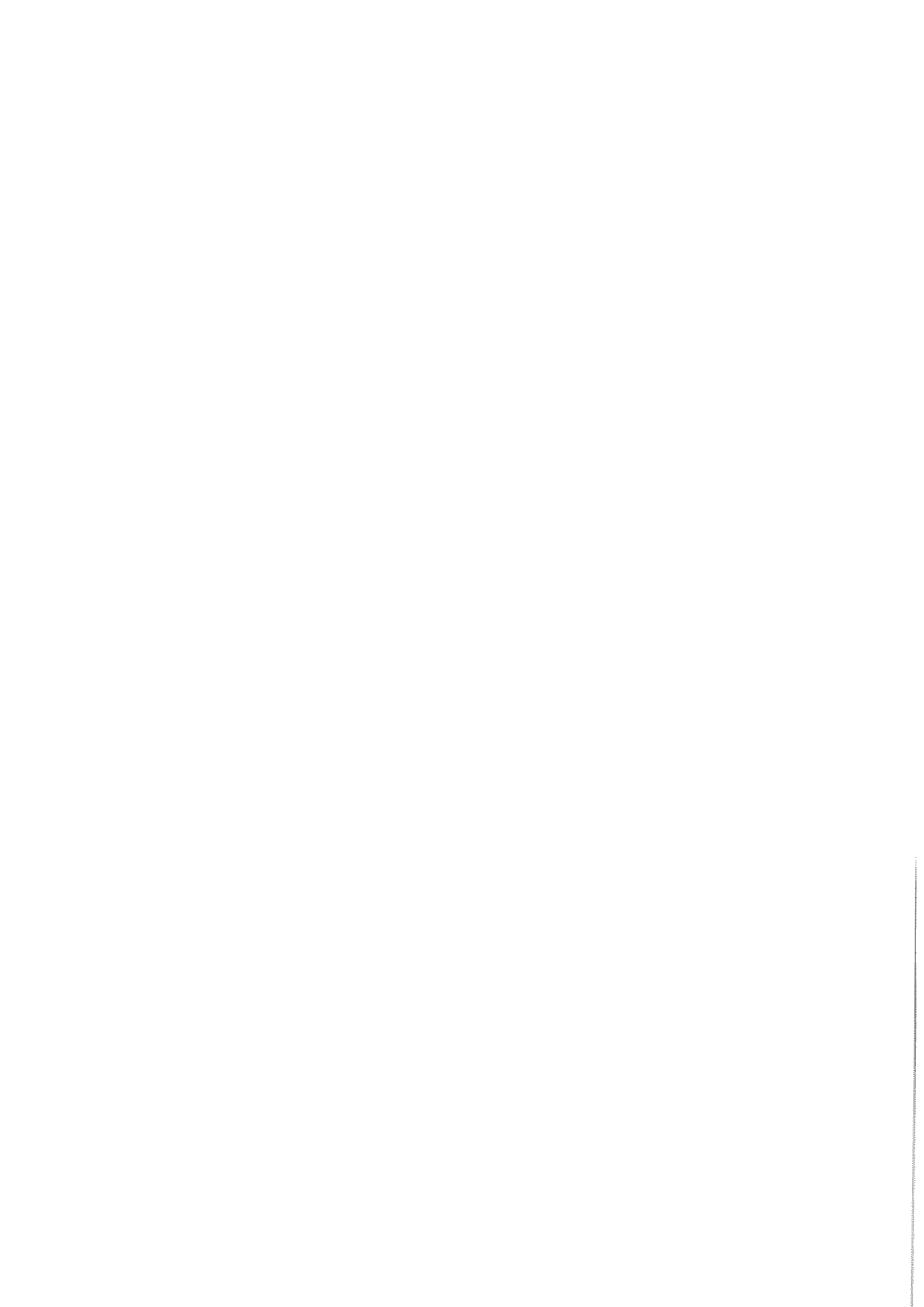
\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

La presente sottoscrizione vale anche per accettazione di quanto stabilito nell'Avviso Pubblico in capo al presente allegato per la realizzazione dei servizi di assistenza domiciliare erogati, per assunzione di responsabilità e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.).

Il/la sottoscritto/a si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni variazione intervenuta relativamente alle dichiarazioni di cui alla presente istanza ed autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità relative al procedimento in oggetto.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)





# AUTOCERTIFICAZIONE dello STATO di FAMIGLIA

(Art. 46 - lettera f) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

## DICHIARA

che la propria famiglia residente in \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ (provincia)

via/piazza \_\_\_\_\_ è così composta:  
(indirizzo e numero civico)

1) il/la dichiarante

2)

(cognome)	(nome)	(nato/a in)	(il)	(rapp. parentela con il dich.)
-----------	--------	-------------	------	--------------------------------

3)

(cognome)	(nome)	(nato/a in)	(il)	(rapp. parentela con il dich.)
-----------	--------	-------------	------	--------------------------------

4)

(cognome)	(nome)	(nato/a in)	(il)	(rapp. parentela con il dich.)
-----------	--------	-------------	------	--------------------------------

5)

(cognome)	(nome)	(nato/a in)	(il)	(rapp. parentela con il dich.)
-----------	--------	-------------	------	--------------------------------

6)

(cognome)	(nome)	(nato/a in)	(il)	(rapp. parentela con il dich.)
-----------	--------	-------------	------	--------------------------------

7)

(cognome)	(nome)	(nato/a in)	(il)	(rapp. parentela con il dich.)
-----------	--------	-------------	------	--------------------------------

8)

(cognome)	(nome)	(nato/a in)	(il)	(rapp. parentela con il dich.)
-----------	--------	-------------	------	--------------------------------

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

(1)

(1) La firma non va autenticata, nè deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

Art. 74 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n. 445.

