

AL COMUNE DI _____

DATI DEL RICHIEDENTE (DA COMPILARE SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO):

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n° _____
tel _____ in qualità di _____

DATI DEL BENEFICIARIO Sig. _____ nato il _____
_____ a _____ residente in via _____
tel. _____

C.F. _____

CHIEDE

che _____ possa usufruire del seguente Servizio di Aiuto alla Persona in forma diretta (SAP).

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000, l'Amministrazione Comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione rese, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR n. 445/2000,

DICHIARA

(Barrare le caselle che interessano)

- che _ 1 _ sottoscritt_ ovvero la persona per la quale si richiede l'attivazione del servizio è in possesso dei seguenti requisiti:

- ▣ cittadinanza italiana;
- ▣ cittadinanza di uno Stato aderente all'Unione Europea ;
- ▣ cittadinanza di altro Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di carta o di permesso di soggiorno;
- ▣ residenza nel Comune di Lamezia Terme;
- ▣ età compresa tra i 6 e i 65 anni (compiuti alla scadenza dell'avviso);
- ▣ riconoscimento dello stato di handicap grave ai sensi degli artt. 3 commi 1 e 3, e 4 della Legge 104/92 (specificare comma riconosciuto _____);
- ▣ stati particolari di bisogno e di necessità: *(specificare)* _____;

- che il proprio nucleo familiare è composto come indicato nella seguente tabella:

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE				
Cognome Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Attività	Eventuale incapacità di prestare assistenza al congiunto per motivi di salute

--	--	--	--	--

- che vi sono n° _____ figli non conviventi;
- che vive in abitazione di proprietà ovvero in fitto (specificare) _____;
- che possiede un reddito ISEE complessivo pari a € _____;

Allega alla presente:

1. copia 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;
2. copia dell'attestazione di regolarità di soggiorno nel caso di cittadino di uno Stato aderente all'Unione Europea;
3. copia della carta o del permesso di soggiorno nel caso di cittadino di altro Stato non aderente all'Unione Europea;
4. attestazione ISEE, in corso di validità, completa della dichiarazione sostitutiva unica;
5. certificato medico redatto da un medico specialista nella patologia di che trattasi o del medico curante, attestante la patologia del soggetto richiedente il servizio;
6. copia verbale attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave ai sensi degli artt. 3 commi 1 e 3, e 4 della Legge 104/92;
7. eventuale copia dell'atto di tutela;
8. ulteriori documenti a comprova dei requisiti richiesti.

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

- di avere preso visione dell'Avviso Pubblico per l'erogazione del Servizio di Aiuto alla Persona in forma diretta (SAP);
- di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuto a conoscenza - ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché 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 da me sottoscritte è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria.
- di autorizzare il trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente.

Lamezia Terme li _____

Spazio riservato per la valutazione della domanda	
1. Situazione familiare	punti _____
2. Età	punti _____
3. Situazione abitativa	punti _____
4. Situazione reddituale	punti _____
TOTALE PUNTI _____	

Eventuali note